Nr. 27. 7. lipca 1935 Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Bronisław PETRYŃSKI. Lwów.

O zastojach żylnych w zakresie krążenia wrotnego w przebiegu czerwienicy.

Z II. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

Współistnienie czerwienicy i objawów zastoju w zakresie żyły wrotnej zdarza się rzadko i stwarza obrazy kliniczne niejasne. Mała ilość takich przypadków stwarza duże trudności w tłumaczeniu wzajemnego stosunku tych dwu stanów; w szczególności zaś trudna jest odpowiedź na pytanie, czy zastój w zakresie żyły wrotnej jest następstwem czerwienicy, czy naodwrót, zastój ten jest przyczyną zmian w narządzie krwiotwórczym. Piśmiennictwo jasnej odpowiedzi na pytania te nie daje, gdyż zdania poszczególnych autorów są w tej kwestji podzielone.

Przypadki takiego zestawienia zastoju w zakresie żyły wrotnej i czerwienicy, zależnie od mechanizmu powstawania tego zastoju, dadzą się podzielić na dwie grupy:

I. Przypadki, w których zastój został wywołany przez zakrzep żyły wrotnej.

II. Przypadki, w których zastój został wywołany przez marskość wątroby.

Przeglądając piśmiennictwo dotyczące przypadków grupy pierwszej, widzimy, że w kwestji wzajemnego stosunku czerwienicy i zastoju w krążeniu wrotnem panują dwa poglądy.

Pogląd pierwszy wypowiedziany jest przez Lommela (1904), który na podstawie przypadku czerwienicy z zastojem w żyle wrotnej, wywołanym przez stwierdzony sekcyjnie zakrzep, wypowiedział przypuszczenie, że w przypadku tym czerwienica wywołana została przez gorsze ukrwienie płuc, wskutek zalegania krwi w obszarze żyły wrotnej, (sądząc na podstawie tego, że czerwienica zawsze jest następstwem zaburzeń w krążeniu).

Na krańcowo przeciwnem stanowisku stanął Rencki (1906), który w dwa lata później w dwu obserwowanych przez siebie przypadkach czerwienicy z zastojem w żyle wrotnej stwierdził, że objawy czerwienicy wyprzedzały na długi czas objawy zastoju. W jednym z tych przypadków wykazał na podstawie danych anamnestycznych, że wyraźne objawy czerwienicy istniały jeszcze przed wystąpieniem zastoju, a badanie sekcyjne wykazało, że przyczyną jego był zakrzep żyły wrotnej. W drugim przypadku, leczonym spowodu czerwienicy, objawy zastoju wystąpiły nagle, w ciągu pobytu chorej w klinice, a przyczyną był stwierdzony operacyjnie, a później sekcyjnie zakrzep żyły wrotnej.

Wobec dowodów, na jakich opierał się pogląd Renckiego, pogląd Lommela został zarzucony. Późniejsi autorowie, którzy podobne przypadki opisywali (Chauffard i Troisier, Jacobi, Giffin, Adler, Brandberg, Brown, Kratzeisen, Uhlhorn), ograniczyli się jedynie do podawania opisów przypadków, nie wypowiadając się w kwestji stosunku czerwienicy do zakrzepu żyły wrotnej. Dopiero w roku 1918 Schneider wznawia pogląd Lommela i uważa podobnie jak tamten, że czerwienica nie stanowi jednostki klinicznej, lecz jest zespołem reaktywnym, kompensacyjno-reparacyjnym, wywołanym przez zaburzenia krążenia, jednem zaś z takich zaburzeń, zdolnych zdaniem Schneidera do wywołania reakcji w postaci czerwienicy, jest zastój żylny w krążeniu wrotnem.

Piśmiennictwo dotyczące przypadków grupy drugiej (czerwienica z równoczesną marskością wątroby) jest bogatsze, a ilość opisanych przypadków większa. Dają się tu wyróżnić trzy poglądy:

1) Türk (1904) sądzi, że marskość wątroby jest przy czerwienicy wywołana działaniem czynnika mechanicznego, jakim jest przepełnienie wątroby krwią (analogicznie do *„cirrhosis cardiaca"*). W pracy późniejszej wyraża on zapatrywanie, że marskość wątroby i czerwienica wywołane są działaniem wspólnego czynnika etjologicznego, który z jednej strony uszkadza wątrobę, powodując zanik jej miąższu, z drugiej zaś pobudza erytropoezę, albo też, że schorzenie wątroby jest pierwotne, w związku z niem przychodzi do uszkodzenia krwinek przez niezobojętnione przez schorzałą wątrobę jady i to dopiero powoduje nadczynność szpiku.

2) Hess i Saxl (1906) sądzą, że zmniejszenie zdolności wątroby rozkładania hemoglobiny prowadzi do nadprodukcji ciałek czerwonych, a zmniejszenie to wywołane jest przez pierwotne schorzenie wątroby, które anatomicznie może przedstawiać się jako mniej lub bardziej daleko posunięta marskość.

3) Mosse (1907) na podstawie szeregu przypadków czerwienicy, przebiegającej z lekką żółtaczką i urobilinurją, a na sekcji wykazujących marskość wątroby, wypowiada pogląd, że marskość wątroby w przypadkach tych wywołana została przeciążeniem wątroby nadmierną pracą wskutek zwiększonego dowozu do niej produktów rozpadu ciałek czerwonych, który to rozpad przy czerwienicy jest wzmożony.

Korzystając ze stosunkowo bogatego materjału Lwowskiej Kliniki Lekarskiej, zachęcony przez jej Dyrektora, postanowiłem sprawdzić, jakie światło rzuca materjał ten na kwestję stosunku czerwienicy do zastoju w żyle wrotnej i przekonać się, jakie wnioski dadzą się z tego wysnuć.

Wśród 40 blisko przypadków czerwienicy obserwowanych w Lwowskiej Klinice Lekarskiej w latach 1906—1932 objawy zastoju w krążeniu wrotnem wykazywało 6 przypadków, z tego w trzech z nich zastój wywołany był przez zakrzep żyły wrotnej, w trzech zaś pozostałych przez marskość wątroby.

Przystępując do omawiania trzech pierwszych, przytaczamy w skróceniu następujące historje chorób:

Przyp. I. Kobieta G. I. lat 34, przyjęta do kliniki 13. X. 1930. Wywiady rodzinne bez znaczenia. W dzieciństwie przebyła ospę wietrzną i odrę. Miesiączkuje regularnie od 14. r. życia.

Od 2 lat miewa krótkotrwałe napady gniotącego bólu w prawem podżebrzu.

Obecna choroba zaczęła się przed 3 miesiącami nagle. Wystąpiły biegunki i pojawił się guzek krwawnicowy, po kilku dniach biegunki ustąpiły, a objętość brzucha zaczęła się szybko zwiększać i zmniejszyła się ilość dobowa moczu.

Dnia 5. VII. 30. chora zgłosiła się do Oddziału Chirurgicznego Lw. Szpitala Powsz., gdzie wykonane próbne otwarcie jamy brzusznej wykazało stan następujący: duża ilość bursztynowo-żółtego płynu, jelita, otrzewna, gruczoły chłonne bez zmian. Wątroba bardzo duża, ciemno-wiśniowa, oporna, gładka, o brzegu tępym. Śledziona duża. W miazdze uzyskanej przez nakłucie próbne wątroby pomnożenia elementów podścieliskowych nie wykazano. Wykonano operację Talmy. Rana pooperacyjna goiła się przez rychłozrost, płyn w jamie brzusznej odtwarzał się szybko.

Stan obecny w dniu przyjęcia do kliniki:

Wzrost średni, kościec odpowiedni, odżywienie liche. Skóra sucha, mało elastyczna, na twarzy żywo czerwona, gdzie też widoczne porozszerzane naczynia skórne. Widoczne błony śluzowe żywo wiśniowo-czerwone. Żyły szyjne porozszerzane. W zakresie klatki piersiowej skrócenie wypuku nad szczytami, wysokie ustawienie i gorsza ruchomość dolnych granic płuc. Brzuch znacznych rozmiarów, zawiera znaczną ilość wolnego płynu, powłoki napięte, żyły powłok wyraźnie porozszerzane, w linji środkowej linijna blizna pooperacyjna, sięgająca od pępka do wyrostka mieczykowatego mostka. Wątroba macalna, o brzegu nieostrym, sięga do łuku żebrowego. Śledziona wyraźnie pod łukiem macalna, wypukiem oznaczyć się nie daje. Ślad obrzęku na stopach i podudziach.

Mocz bez zmian. Ciśnienie krwi 128/116 mm Hg. Odczyny Pirqueta i Wassermanna ujemne. Obraz krwi v. tablica I.

Prześwietlenie klatki piersiowej: w obu szczytach zwapniałe ogniska, zwapniałe gruczoły wnękowe, wysokie ustawienie przepony.

Ginekologicznie: *Ruptura cervicis inveterata, concretiones adnex. sin.*

Okulistycznie: Rozszerzenie naczyń spojówkowych, bez zmian zapalnych, niezbyt znacznego stopnia rozszerzenie naczyń dna oka.

G. I.

Tablica I.

data	ciałek czerw. (milj.)	Hb % Sahli	Hb indeks	ciałek białych (tys.)	leukocytów % obojętnochłonnych seg.	pał.	mł.	kwaso-chł.	zasa-dochł.	limfo-cytów	mono-cytów	uwagi
14. X. 30.	6,93	111	0.8	13,6	74.8	2.0	—	1.6	0.8	16.8	4.0	
3. XI. 30.	6,71	108	0.8	14,4	75.2	4.4	0.4	1.6	0.8	15.6	2.0	zaznaczona anizochromazja, na 250 ciałek białych 1 normoblast
5. XII. 30.	7,09	101	0.72	12,7	59.2	7.6	1.6	6.4	2.4	18.8	4.0	zaznaczona poikilocytoza, anizochromazja
30. XII. 30.	6,45	119	0.92	12.7	69.0	4.4	1.4	3.8	3.0	15.2	3.2	anizo-polichromazja zaznaczona, na 500 c. b. 5 normoblastów
21. III. 31.	5,84	92	0.73	12,8	77.2	3.6	0.8	4.0	1.6	11.2	1.6	płytki krwi 426.000 w 1 mm^3, zaznaczona polichromazja
22. VI. 31.	6,32	92	0.73	7,2	85.6	1.2	1.2	0.8	0.4	4.0	6.8	zaznaczona anizochromazja

28. X. 30. Punkcja brzucha *(8,5 l płynu przesączynowego)*, poczem odma otrzewnowa i prześwietlenie jamy brzusznej, które dało obraz następujący: Wprowadzony gaz gromadzi się między ścianą przednią a jelitami, wątroba o cieniu powiększonym, (2 palce niżej łuku), o powierzchni gładkiej, śledziona o cieniu znacznie powiększonym (4 palce niżej łuku), o konturze gładkim.

Obciążenie 40 gramami galaktozy i 100 g lewulozy zmniejszonej tolerancji nie wykazuje.

Stan przed- i podmiotowy bez wyraźniejszych zmian. Trzykrotnie w odstępach 3—4-tygodniowych upuszczano z jamy brzusznej po 8 l płynu.

Chorą przeniesiono do Kliniki Chirurgicznej U. J. K., gdzie dnia 7. I. (a więc w pół roku po pierwszym zabiegu), po upuszczeniu 7l płynu otwarto ponownie jamę brzuszną, która przedstawiała stan następujący: Wątroba bardzo znacznie powiększona, żółto-czerwonawa, o powierzchni drobno ziarnistej, bardzo twarda. Okolica *„porta hepatis"* stwardniała i nieruchoma. Śledziona znacznie powiększona, bez zrostów. Jelita sinawe, pokryte tu i ówdzie małemi wybroczynkami. Wykonano następujące zabiegi: 1) przecięto otrzewnę ścienną po stronie lewej i wszyto w tak powstałą kieszeń zaotrzewnową część powierzchni śledziony, 2) rozszerzono poprzednią operację Talmy przez rozległe przyszycie sieci większej do powłok, 3) odpreparowano *v. saphena sinistra*, przeprowadzono ją przez kanał podskórny i koniec jej połączono z jamą otrzewnową sposobem analogicznym do szwu naczyniowego Payra (op. m. Roudte).

25. I. 31. chora opuściła Klinikę Chirurgiczną.

Dnia 19. III. 31. chora zgłasza się ponownie, podając, że wszystkie poprzednie jej dolegliwości utrzymują się i że w ciągu pobytu w domu upuszczano jej dwukrotnie po 8 l płynu z jamy brzusznej (ostatnio przed 4 tyg.).

Stan obecny wykazuje odchylenia od stanu poprzedniego jedynie w zakresie jamy brzusznej, gdzie: na powłokach świeża blizna pooperacyjna, silne porozszerzanie naczyń powłok. Oba podżebrza zajęte przez duży, twardy, niebolesny guz, słabo wdechowo przesuwalny, o powierzchni nierównej, sięgający 3 palce niżej łuków żebrowych.

Mocz bez zmian. Obraz krwi v. tablica I.

Stan przedmiotowy i podmiotowy bez zmian. W odstępach 4—5-tygodniowych upuszczano chorej po 10—12 l płynu z jamy brzusznej, poczem 2. VII. 31. wypisano ją z kliniki.

W przypadku powyższym brak objawów podmiotowych charakterystycznych dla czerwienicy, dokładniejsze jednak wypytywanie chorej i jej rodziny wykazało, że chora zawsze była rumianą i uchodziła za pełnokrwistą. Rozpoznanie czerwienicy w przypadku tym poza typowym i wielokrotnie kontrolowanym obrazem krwi opierało się na charakterystycznem zabarwieniu skóry i błon śluzowych, oraz na charakterystycznych, choć niezbyt daleko posuniętych zmianach na dnie oka. Objawy zastoju w krążeniu wrotnem wystąpiły w przypadku tym nagle (biegunki, guzek krwawnicowy, szybkie wytwarzanie się puchliny brzusznej), a wykonane podówczas próbne otwarcie jamy brzusznej przyczyny puchliny nie wykazało (wątroba obrazu marskiej podówczas nie przedstawiała, przypominała raczej obrzęk zastoinowy, o stanie otoczenia żyły wrotnej ówczesne sprawozdanie chirurga nie mówi), po 6 miesiącach wątroba przedstawia obraz wczesnego okresu marskości i wtedy też potwierdzone zostaje rozpoznanie zakrzepu żyły wrotnej.

W tym też czasie uderza zmniejszenie nasilenia objawów czerwienicy, specjalnie wyraźnie widoczne na obrazie krwi. Spostrzeżenie to oparte na dłuższej obserwacji klinicznej i poparte wielokrotnem badaniem krwi zasługuje na specjalne podkreślenie i powołamy się na nie, wyjaśniając swój pogląd na stosunek czerwienicy do zakrzepu żyły wrotnej.

Przyp. II. Kobieta M. K. lat 28, przyjęta do Kliniki 18. V. 30.

Wywiady rodzinne bez znaczenia, w dzieciństwie przebyła czerwonkę, w 16 roku ż. dur brzuszny, w 18. r. ż. grypę. Miesiączkuje regularnie od 17. r. ż.

Choroba obecna zaczęła się nagle, przed 2 tyg., napadami bólu w lewem podżebrzu, występującemi kilka razy dziennie, trwającemi kilka minut, biegunkami, zwiększeniem się objętości brzucha i zmniejszeniem się ilości moczu.

Stan obecny w dniu przyjęcia:

Wzrost średni, kościec odpowiedni, odżywienie mierne, skóra różowa, na policzkach zaczerwieniona. Widoczne błony śluzowe czerwone. Głowa i szyja bez zmian. Skrócenie wypuku nad szczytem prawym, wysokie ustawienie i gorsza ruchomość dolnych granic płuc. Narząd krążenia bez zmian. Brzuch znacznych rozmiarów, powłoki napięte, nieznaczna tkliwość uciskowa prawego podżebrza. Znaczna ilość wolnego płynu w jamie brzusznej. Wątroba sięga palec niżej łuku żebrowego, twarda, niebolesna, o brzegu tępym, śledziona macalna pod łukiem, wypukiem oznaczyć się nie daje. Kończyny bez zmian.

Mocz bez zmian, ciśnienie krwi 130/87 mm Hg. Odczyny Pirqueta i Wassermanna ujemne.

Ginekologicznie bez zmian.

Prześwietlenie klatki piersiowej: zwapniałe ognisko w szczycie prawym. Starsze zmiany w cieniach wnękowych, zrost w kącie prawym.

Obraz krwi: Ciałek czerwonych 6,87 mil. Hemoglobiny (Sahli) 110%. Wskaźnik 0,81.

Ciałek białych 5,600. Leuk. oboj. segm. 67,0%. Leuk. oboj. pał. 6,0%. Leuk. oboj. mł. 0,5%. Leuk. kwasochł. 3,5%. Leuk. zasadochł. —. Limfocytów 22,5%. Monocytów 0,5%.

Badanie treści żołądkowej i kału zmian nie wykazuje.

Prześwietlenie przewodu pokarmowego wykazuje jedynie niezaznaczanie się zagięcia wątrobowego okrężnicy, małą przesuwalność kątnicy i niewypełnianie się wyrostka robaczkowego.

30. VI. 30. Punkcja brzucha, 5 l płynu przesączynowego.

1. VII. 30. Chorą wypisano z kliniki.

Uderza podobieństwo powyższego przypadku do przyp. I. I tu szybki rozwój puchliny brzusznej skłania do rozpoznania zakrzepu żyły wrotnej jako jej przyczyny. Objawów podmiotowych czerwienicy brak, dość wyraźnie natomiast jest zarysowany jej obraz przedmiotowy i wcale typowym jest obraz krwi. Na specjalne podkreślenie zasługują napady bólu w lewem podżebrzu, które poprzedzały wystąpienie puchliny brzusznej.

Przyp. III. Kobieta A. K. lat 35, przyjęta dnia 19. X. 32.

Wywiady rodzinne bez znaczenia. Miesiączkuje regularnie od 15 r. ż. Zamężna, mąż żyje, zdrów, rodziła dwukrotnie (1927 i 1929) martwe dzieci, raz (czerwiec b. r.) roniła w VI. miesiącu.

Chorób dzieciństwa nie pamięta. Od 7 lat miewa okresowo bóle głowy, od 3 lat też zawroty głowy.

Choroba obecna zaczęła się w 4 tygodnie po wspomnianem poronieniu obrzękami stóp, szybkiem zwiększaniem się objętości brzucha i zmniejszaniem się ilości moczu.

Stan obecny w dniu przyjęcia do kliniki:

Wzrost średni, kościec odpowiedni, odżywienie mierne. Skóra elastyczna, na policzkach zaczerwieniona, gdzie też widoczna siatka porozszerzanych naczyń. Widoczne błony śluzowe wiśniowo-czerwone. Głowa i szyja bez zmian. Wysokie ustawienie i gorsza ruchomość dolnych granic płuc, pozatem klatka piersiowa bez zmian. Brzuch w całości znacznych rozmiarów, powłoki napięte, naczynia powłok porozszerzane. Wątroba 3 palce niżej łuku żebrowego, twarda, tkliwa, śledziona macalna pod łukiem żebrowym, wypukiem oznaczyć się nie daje. Kończyny dolne w zakresie stóp i podudzi lekko obrzękłe.

W moczu urobilina i urobilinogen wzmożone. Ciśnienie krwi 120/80 mm Hg.

Obraz krwi v. tablica II.

Odczyn Pirqueta dodatni, Wassermanna dwukrotnie (też po prowokacji) ujemny.

Prześwietlenie klatki piersiowej, poza wysokiem ustawieniem i gorszą ruchomością przepon, zmian nie wykazuje.

Prześwietlenie przewodu pokarmowego zmian nie wykazuje, podobnie badanie treści żołądkowej i kału.

Jeśli potrafimy wykazać, że czerwienica stwarza w zakresie żyły wrotnej tego rodzaju miejscowe zaburzenia krążenia, które stanowią warunki dla wytworzenia się zakrzepu, do którego powstania łatwo przyjść może spowodu zwiększonej lepkości, gęstości i krzepliwości krwi czerwieniczej, — słuszność naszego poglądu na kwestję stosunku czerwienicy do zastoju w krążeniu wrotnem nie będzie ulegała kwestji.

K. A.

Tablica II.

data	ciałek czerw. (milj.)	Hb% Sahli	Hb indeks	ciałek białych (tys.)	leukocytów %: obojętnochłonnych seg.	pał.	mł.	kwasochł.	zasadochł.	limfocytów	monocytów	uwagi
20. X. 32.	6,05	98	0.9	17,9	76.4	2.0	—	2.8	0.4	12.0	5.2	0,8% komórek plazmatycznych.
13. XII. 32.	5,51	93	0.85	16,2	70.4	3.2	1.6	3.6	—	18.8	2.4	anizo-polichromazja, na 250 c. b. jeden normoblast.
10. I. 33.	5,58	100	0.9	16,2	70.8	9.2	0.8	3.6	2.4	10.8	2.4	płytek krwi 352,7 tys. w 1 mm³

Kontrolne badania moczu wykazują niestałe ślady białka, w osadzie pojedyncze wałeczki i krwinki.

Stan pod- i przedmiotowy chorej utrzymuje się bez zmian w ciągu całego (5-miesięcznego) pobytu w klinice. Kilkakrotnie upuszczano chorej z jamy brzusznej po 6—8 l płynu przesączynowego. Po punkcjach płyn odtwarzał się szybko. Obraz krwi v. tablica II.

Przypadek powyższy przypomina wogóle oba poprzednie, różni się od nich mniej typowym obrazem krwi, oraz obecnością w wywiadach czynnika, który ze względu na stosunek czasowy zdaje się stanowić bezpośrednią przyczynę zakrzepu żyły wrotnej. Ważnym punktem wywiadów są bóle głowy, które trapiły chorą przez długi czas pomimo leczenia, a lekarze (jak podaje chora) nie potrafili wykazać ich przyczyny. Prawdopodobnie te bóle głowy przypisać należy czerwienicy, która istniała już wtedy, nie osiągnąwszy jednak stopnia dość znacznego, by można było ją rozpoznać bez wykonania badań pomocniczych. I w tym przypadku, podobnie jak w I. uderza zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych, dające się stwierdzić już w ciągu pięciomiesięcznej obserwacji, co podobnie jak w tamtym przypadku podkreślamy.

Przedstawione wyżej przypadki wykazują cały szereg cech wspólnych, uderza duże podobieństwo wywiadów i stanu przedmiotowego, oraz identyczny niemal przebieg choroby. Z wywiadów podnieść należy, że obraz zastoju w krążeniu wrotnem rozwinął się w dwu pierwszych przypadkach nagle, wśród stanu zupełnego zdrowia, bez widocznych dla chorych przyczyn, w trzecim zaś w krótki czas po poronieniu, a więc w warunkach ułatwiających powstanie zakrzepu. W jednym tylko przypadku rozpoznanie zakrzepu żyły wrotnej potwierdzone zostało operacyjnie, w pozostałych postawiono je po dłuższej obserwacji klinicznej.

Żaden z naszych przypadków nie był obserwowany przed wystąpieniem puchliny brzusznej, toteż ustalenie wzajemnego stosunku czasowego zastoju i czerwienicy były trudne. Opierając się na wywiadach naszych chorych (z których I podaje, że zawsze uchodziła za pełnokrwistą, III że od szeregu lat cierpi na bóle i zawroty głowy przy braku wyraźnej dla nich przyczyny i przy dobrym wyglądzie ogólnym) możemy przyjąć, że *zakrzep żyły wrotnej rozwinął się w naszych przypadkach, gdy czerwienica już istniała,* za czem przemawia też okoliczność, że mimo utrzymywania się, a nawet nasilenia się objawów zastoju w krążeniu wrotnem, obraz krwi nie zmieniał się wogóle, czerwieniczy jego charakter nie potęgował się, jak należałoby się spodziewać, jeśliby stosunek czerwienicy do zastoju był odwrotny, lecz przeciwnie, raczej zbliżał się do stanu prawidłowego, jakby zastój ten nadczynność szpiku zmniejszał, co wyraźnie widzimy w przypadku I i III. Przypadek II obserwowany był przez czas zbyt krótki, by można było o nim to samo powiedzieć.

Jeśli teraz, jak to postanowiliśmy na wstępie, zechcemy określić stosunek czerwienicy do zastoju w krążeniu wrotnem, widzimy, że dane uzyskane z obserwacji naszych przypadków popierają pogląd Renckiego, a zarazem podają w wątpliwość słuszność stanowiska Lommela.

Dla poparcia naszego stanowiska przytaczamy następujące argumenty:

1) Zastoje w obszarze żyły wrotnej, czy przez jej zakrzep wywołane (Saxer, Umber i in.), czy przez marskość wątroby (Rencki), przebiegają z uszkodzeniem erytropoezy.

2) Natomiast naodwrót, czerwienica przez swe zmiany w jakości krwi stwarza warunki korzystne dla powstania zakrzepów, toteż zakrzepy i zapalenia żył stanowią częste jej powikłania.

W tym celu musimy bodaj pokrótce zastanowić się nad wpływem, jaki czerwienica wywiera na narząd krążenia. Zwiększona ilość bezwzględna krwi przy czerwienicy, jej zwiększona lepkość i gęstość, stanowią zwiększony opór dla krążenia i wymagają wzmożenia się akcji serca, co w konsekwencji powinno pociągnąć za sobą przerost serca i nadciśnienie tętnicze. Zmiany takie spotykamy w nieznacznej tylko ilości przypadków czerwienicy, w pozostałych zaś nie stwierdza się ich ani w klinice, ani na stole sekcyjnym. Okoliczność ta pozwala nam przyjąć, że w przeważnej ilości przypadków czerwienicy narząd krążenia jest odciążony, a następuje to przez zmniejszenie oporów naturalnych, innemi słowy przez zwiększenie się pojemności układu naczyniowego, co znowu pociąga za sobą zmniejszenie się szybkości prądu krwi.

Do takiego samego wniosku doszedł R. Hess, który nie stwierdzał ani przerostu serca, ani nadciśnienia tętniczego u królików, u których codziennem wstrzykiwaniem dożylnem dużych ilości krwi króliczej odwłóknionej wywoływał obraz sztucznej czerwienicy (Hb. Sahli 180%, c. cz. 10,000.000), utrzymujący się przez przeciąg 6 i więcej tygodni.

W grupie przypadków czerwienicy, wyróżnionej przez Gaisbocka, w której stałym objawem jest przerost serca i nadciśnienie tętnicze, a tem samem szybkość prądu krwi jest zwiększona, krążenie krwi nie odbywa się w warunkach, któreby powstanie zakrzepów ułatwiały, a w piśmiennictwie nie spotykamy opisów przypadków czerwienicy tego typu, powikłanych zakrzepami. Okoliczność ta nader dobitnie świadczy o słuszności wyżej przytoczonego rozumowania.

Zbierając zatem pokrótce wnioski z powyższych rozumowań wysnuć się dające stwierdzamy, że zmiany w jakości krwi w każdym przypadku czerwienicy spotykane, oraz zwolnienie szybkości prądu krwi w przeważnej ilości przypadków istniejące, stwarzają warunki korzystne dla wytworzenia się zakrzepów, co też tłumaczy częstość zakrzepów i zapaleń żył, wikłających przebieg czerwienicy.

Jak wogóle, tak i przy czerwienicy zakrzepy wytwarzają się najczęściej w żyłach kończyn dolnych, które są dla nich miejscem szczególnie usposobionem, że jednak i żyła wrotna taką predyspozycję posiada, wynika jasno z następującego rozumowania.

Do zwolnienia prądu krwi przy czerwienicy przychodzi przez zwiększenie się pojemności układu naczyniowego, jak to przyjęliśmy wyżej. To zwiększenie pojemności, czyli innemi słowy rozszerzenie naczyń krwionośnych największe będzie w tych obszarach krążenia, które stanowią naturalne pomieszczenia krwi zapasowej, a więc w śledzionie, wątrobie i całym obszarze żyły wrotnej. Jasnem jest zatem, że w obszarze tym łatwo do powstania zakrzepu przyjść może.

Powiększenie śledziony przy czerwienicy ze względu na niezgodność poglądów i niestałość obrazów anatomicznych trudne jest do wytłumaczenia, natomiast obrzęki wątroby, (nieraz nawet b. znaczne) niejednokrotnie przy czerwienicy spotykane, a niedające się wytłumaczyć niedomogą krążenia, z łatwością dają się przy pomocy powyższego rozumowania wyjaśnić. Ilustrację stanowić tu może nasz przyp. I. (stan wątroby przy pierwszym zabiegu operacyjnym, gniotące bóle w prawem podżebrzu, które występowały w ciągu 2 lat przed wystąpieniem objawów zastoju w krążeniu wrotnem).

Jeśli zważymy, że mechanizm krążenia w śledzionie specjalnie powstanie zakrzepów ułatwia, nie będziemy się dziwić częstości zawałów śledziony przy czerwienicy, która jest ogólnie znana, a którą specjalnie podkreśla Naegeli. Jasnem jest, że zawał

(przeważnie następstwo pośrednie, lub bezpośrednie zakrzepu) może się stać przyczyną zakrzepu żyły śledzionowej, który z łatwością na żyłę wrotną przenieść się może. Wystąpienie tak powstałego zakrzepu żyły wrotnej poprzedzone jest napadami bólu w lewem podżebrzu. Ilustracją jest tu nasz przyp. II.

Zbierając teraz wnioski wysnute z naszych rozważań nad stosunkiem zakrzepu żyły wrotnej do czerwienicy w tych przypadkach, w których oba te stany występują razem, widzimy, że czerwienica jest w nich sprawą pierwotną, a zakrzep jej następstwem, a więc sprawą wtórną.

Wobec danych wynikających z obserwacji przypadków własnych, wobec niezbitego dowodu w postaci przypadków Renckiego, oraz wobec spostrzeżeń Saxera i in., którzy twierdzą, że zastój wywołany przez zakrzep żyły wrotnej nie może wywoływać wzmożenia erytropoezy, które to wzmożenie spotykamy przy niektórych zaburzeniach krążenia, (lecz przeciwnie, erytropoezę uszkadza, co stwierdziliśmy w przypadkach naszych), widzimy, że stanowisko Renckiego jest słuszne, pogląd zaś Lommela nie opiera się na żadnych ścisłych podstawach (jedynie na analogji z poliglobuljami objawowemi przy zaburzeniach krążenia). Dok. nast.

Dr. Henryk WACHTEL. Kraków.

O przyczynach niepowodzeń leczniczych przy leczeniu choroby raka.

Z Zakładu Dr. Wachtla w Krakowie.

Zarówno operacja doszczętna, jak i promienioleczníctwo mogą, jak wiadomo, być z korzyścią stosowane u chorych rakowych. Jednak liczba wyników pomyślnych leczenia, osiągana temi metodami, jest wogóle tak niewielka, że Hintze *(M. m. W.* 1935. Nr. 6) uważał za stosowne przestrzec przed „pesymizmem przy leczeniu raka“. Interesujące rezultaty badań histologicznych Schusterówny (P. G. L. 1934. Nr. 41—42) na naświetlanych rakach macicy i uwagi dyskusyjne w tej sprawie Łukaszczyka (P. G. L. 1935. Nr. 15) wykazały raz jeszcze, jak problematyczną może być pozorna trwałość wyników leczenia raka i jak sporne są przyczyny tak częstych niepowodzeń leczniczych. Koniecznem jest jednak podkreślenie, że rezultaty badań nad rakiem wykazują, iż *istotne przyczyny niepowodzeń leczniczych w chorobie raka uwarunkowane są przeważnie całkiem innemi czynnikami, niż te, które dotychczas podkreślano,* a tylko teoretyczne nastawienie błędnych poglądów na chorobę raka sprawiło, iż uszły należytej uwagi. Jest to tem ważniejsze, że bez uwzględnienia tych czynników nie będzie istotnego postępu w lecznictwie raka.

Niepowodzenia lecznicze w raku przypisuje się obecnie *technicznym błędom leczenia,* jużto z winy chorego, który *za późno zgłosił się do leczenia,* jużto z winy *leczących.* Jeżeli po operacji doszczętnej występują nawroty lub przerzuty, to uważa się, że operowano „za późno“, że guz rakowy był już szeroko rozsiany w organizmie, albo że chirurg nie usunął podczas operacji dość radykalnie wszystkich części guza. Podobnie przyjmuje się, że przy radjoterapji zastosowaną została niewystarczająca lub nieodpowiednia dawka promieni.

W myśl powyższych poglądów kształtowały się usiłowania medycyny w kierunku poprawienia rezultatów leczenia raka. Z jednej strony piśmiennictwo lekarskie pełne jest dociekań, jak ulepszyć techniczną stronę operacji doszczętnej i radjoterapji raka. Z drugiej strony starano się drogą intensywnej i kosztownej propagandy między szeroką publicznością skłonić chorych do zgłaszania się u lekarza już w początkowych okresach choroby.

Należy stwierdzić, że rezultat powyższych usiłowań jest *bardzo nikły.* Mimo bardzo intensywnych studjów odsetek pomyślnych wyników leczniczych chirurgji i radjoterapji wzrósł w ostatniem dziesięcioleciu tylko bardzo nieznacznie. A usiłowania propagandy towarzystw dla walki z rakiem dały wszędzie na świecie bardzo skromne rezultaty. Chorzy zgłaszają się nadal prawie w 80% przypadków w okresie późnym choroby, co zresztą jest zrozumiałe, jeżeli uwzględnić, iż rak może miesiącami, a nawet latami przebiegać bez dolegliwości subjektywnych i bez wyraźniejszych objawów klinicznych.

Wytłumaczenie tych niepowodzeń dają nam rezultaty badań biologicznych nad chorobą raka.

Pod wpływem poglądów patologji komórkowej uważano donedawna, że choroba raka stanowi miejscowe zachorzenie okolic ciała, dotkniętych guzem rakowym. Jednak biologiczne badania nad rakiem wykazały, że choroba ta nie jest bynajmniej chorobą miejscową. *Guzowi rakowemu towarzyszą głęboko sięgające zmiany w sokach i w przemianie materji organizmu.* Ta „dyskrazja“ rakowa, dla której poznania pierwsze podwaliny naukowe położyli w r. 1885. Ernst Freund i w r. 1897. Moore i Moraczewski, wymaga odpowiednich starań leczniczych (Wachtel, P. G. L. 1933. Nr. 11—12). Ponieważ dotychczasowe sposoby leczenia raka polegały jedynie na staraniach zniszczenia i usunięcia miejscowego guza rakowego, a *zaniedbywały zupełnie ogólne leczenie* tej choroby, więc wynik leczniczy musiał być siłą rzeczy bardzo często niepomyślny. *Badania nad rakiem wskazały terapji nowy, właściwy kierunek.* Okazało się koniecznem rozbudować *biologiczne leczenie raka, któreby poprzez usunięcie ogólnych zaburzeń chorobowych organizmu doprowadziło też do zniknięcia miejscowych guzów rakowych.*

Studjując statystyki, które zestawiają wyniki leczenia przypadków raka zdatnych do operacyj, w 5 lat po rozpoczęciu leczenia, stwierdza się — na co nie zwrócono dostatecznej uwagi, — że statystyki te wykazują wogóle *ten sam odsetek wyników pomyślnych* bez względu na to, czy leczono chirurgicznie czy radjoterapją. Stwierdzono to w przypadkach raków skóry, szyjki macicy, języka i t. d. Istnieje więc *pewien typ raka,* który w okresach początkowych choroby może być wyleczony dotychczasowemi, miejscowo działającemi, metodami leczniczemi, przyczem obojętnem jest, której metody się użyje. Natomiast reszta przypadków zachowuje się opornie na takie leczenie. Stwierdzamy więc *biologiczną różnicę przypadków raka,* która powinna być odpowiednio uwzględniona przy wskazaniach leczniczych i rokowaniu. Wielokrotnie podejmowano próby uchwycenia rozpoznawczego rożnorodności biologicznej przypadków raka. Szczególnie w zakresie radjoterapji szuka się oddawna miarodajnych znaków rozpoznawczych w obrazie mikroskopowym guzów rakowych. I tak wiadomo, że guzy rakowe o utkaniu mięsaka wogóle leczą się łatwiej rentgenoterapją, niż guzy o utkaniu nabłoniaka. Darier stwierdził w obrębie nabłoniaków skóry, że nabłoniaki bazocelularne przebiegają pomyślniej, niż nabłoniaki spinocelularne. Obserwację tę potwierdzono też w obrębie raków szyjki macicy i znaleziono tu ponadto różnicę przebiegu między nabłoniakami prostemi a gruczołowemi. W rakach sutka przedstawia się obraz mikroskopowy wielorako i szuka się w nim wskazówek dla wskazań leczniczych i rokowania. Obserwacja kliniczna wykazała więc niewątpliwie, że rozliczne indywidualności guzów, wykrywane w obrazach histologicznych, znajdują swe odpowiedniki w różnorodności zachowania się biologicznego przypadków raka. *Zupełnie mylnem było więc postępowanie lecznicze, które ujmowało wszystkie przypadki raka w sposób jednakowy* np. ustalające jednakowe wskazanie dla możliwie wcześnie wykonanej operacji doszczętnej dla wszystkich zdatnych do operacji przypadków raka.

W myśl dzisiejszej teorji guzy rakowe mają różną budowę mikroskopową, ponieważ zawdzięczają swe powstanie różnym tkankom organizmu. W ten sposób ta sama choroba mogłaby dać różnie zbudowane guzy, zależnie od przypadkowej *histogenezy* guza. Jednak istnieniu przypadkowości w tym względzie przeczą obserwacje, które wskazują, że typ budowy mikroskopowej guza pozostaje u człowieka w ciągu przebiegu choroby zawsze jednaki i zmienia się tylko w bardzo rzadkich przypadkach. Medycyna doświadczalna stwierdziła oddawna, że przeszczepialne guzy zwierzęce zatrzymują stale swą budowę mikroskopową, bez względu na to, w jaki narząd organizmu przeprowadza się szczepienie. Tą drogą nie można zmienić histogenezy guza. Aby problem ten wyjaśnić, przeprowadziłem z dr. Flaszenem setki doświadczeń na zwierzętach, w których szczepionkę mysiego guza Ehrlicha mieszano z miazgą najrozmaitszych narządów myszy. Stale wyrastały guzy o tej samej, charakterystycznej budowie mikroskopowej i nie udało nam się w żadnym przypadku uzyskać zmiany histogenezy guza. Okazało się więc, że *budowa mikroskopowa stanowi charakterystyczną właściwość naszego raka* i histogeneza tego guza nie może być zmieniona. To samo dają doświadczenia kliniki. Przerzuty i nawroty raka mają tę samą budowę mikroskopową, co guz pierwotny, a równoczesna obecność guzów o różnej budowie histologicznej u tego samego chorego należy do wielkich rzadkości.

Fakty powyższe uznano już niejednokrotnie za dowód, iż choroba raka obejmuje *cały szereg różnorodnych stanów patologicznych,* które wszystkie dlatego ujęto wspólnem mianem, ponieważ wykazują *jeden wspólny objaw,* wytworzenie guza rakowego. Obserwacja kliniczna poucza też, że różnicom budowy mikroskopowej guzów rakowych odpowiadają nietylko różnice reakcji na leczenie, ale też cały szereg wyraźnych różnic w przebiegu choroby. Największe różnice, jak różnice w sposobie i szybkości wytwarzania przerzutów, w drogach rozprzestrzeniania się w organizmie i t. d., u mięsaków, nabłoniaków, śródbłoniaków i t. d. są ogólnie znane. *Różnicom uchwytnym w obrazie morfologicznym odpowiadają też różnice patologicznej dyskrazji rakowej,* czego ważnym dowodem są np. badania Freunda i Ka-

mineralowej. Badacze ci wykazali, że zaburzenie soków organizmu u chorych na mięsaka jest chemicznie zupełnie inne, niż zaburzenia soków u chorych na nabłoniaka. Różnice są tak wielkie, że mogą być zastosowane przy rozpoznaniu.

Pozatem istnieje też inna grupa biologicznych różnic przebiegu choroby raka, która związana jest z *aktualnym stanem ogólnym chorego organizmu*. Wiadomo, że choroba raka ma różny przebieg, zależnie od wieku, płci, rasy, od stanu sił organizmu i t. d. Wpływ ciąży i karmienia na przebieg raka również poznano. Stwierdziliśmy, że i *czynniki dziedziczności* mają przy tem znaczenie.

Jak już w r. 1924 podałem, istnieje też i u człowieka dziedziczenie się raka według praw Mendla, podobnie jak to Maud Slye wykazała dla myszy. Według naszych doświadczeń 60% przypadków raka wykazuje dziedziczność, która w 25% jest wyraźna, t. zn. rak może być stwierdzony w generacji bezpośrednio poprzedzającej, podczas gdy 35% stwierdza się dopiero drogą dokładnego przebadania pokoleń uprzednich i bocznych gałęzi rodziny, jako recesywnie dziedziczona cecha według praw Mendla.

Obserwacja kliniczna dziedzicznie obciążonych przypadków raka, którą prowadzimy systematycznie od 10 lat, wykazała, że przypadki te wogóle mają *pomyślniejszy przebieg*, niż przypadki, u których nie można było stwierdzić czynnika dziedzicznego. Okazało się, że *neoplasma malignum hereditarium* ma lepszą prognozę niż reszta przypadków raka.

Fakt ten można częściowo sprowadzić do przyczyn ubocznych. Przypadki obarczone dziedzicznie zgłaszają się bardzo często w początkowych okresach choroby, ponieważ chorzy ci przeważnie wiedzą o częstem występowaniu choroby raka w rodzinie i dlatego dokładniej się obserwują. To daje dalszą wskazówkę, jak niesłusznem jest zatajanie przed szeroką publicznością faktu dziedziczenia się raka, chociaż w ten sposób chroni się szereg neuropatów przed wystąpieniem nieuzasadnionej kancerofobji. Jako typowy przykład przytaczam chorą, która pochodząc z rodziny, gdzie rak wyraźnie się dziedziczy, stale obawiała się raka żołądka i niepotrzebnie radziła się lekarzy. Dobrotliwy małżonek pozwalał na to, aż przy sposobności badania wykryto rentgenologicznie guz w żołądku wielkości jaja. Operacja, wykonana u tej 39-letniej chorej wykazała histologicznie stwierdzonego raka żołądka, który szeroko wycięto. Od tego czasu chora jest zdrowa (12 lat).

Te względy uboczne nie wystarczają jednak dla wytłumaczenia lepszego rokowania dziedzicznie obciążonych przypadków raka i działa tu niewątpliwie też *mechanizm biologiczny*. Statystyki nasze wykazują, że spośród chorych, którzy od chwili rozpoczęcia leczenia żyją dłużej niż 5 lat, 80% wykazuje dziedziczenie raka, t. zn. znacznie więcej, niż wynikałoby z procentowego występowania tejże dziedziczności. Wśród tego znajdujemy prawie wszystkie przypadki o najdłuższem przeżyciu, z których wiele mimo licznych recydyw choroby drogą odpowiedniego leczenia można było doprowadzić do znośnego stanu zdrowia (do lat 16). Choroba raka przebiega więc w przypadkach dziedzicznych łagodniej i dokładna analiza wywiadów rodzinnych służy nam też za wskazówkę prognostyczną przypadku.

Tak więc dotychczasowe leczenie raka skazane było bardzo często na niepowodzenie, ponieważ nie uwzględniano, że chodzi o zachorzenie ogólne, które ponadto wykazuje cały szereg różnorodności biologicznych przebiegu, wymagających uwzględnienia w terapji. Ten ostatni czynnik musi być uwzględniony też w leczeniu biologicznem raka, ponieważ różnorodne zaburzenia ogólne organizmu, właściwe poszczególnym typom raka, wymagać będą niewątpliwie różnych sposobów i środków leczniczych. Przypuszczenie, iż jeden środek przeciwrakowy będzie jednakowo skuteczny dla wszystkich przypadków raka, jest zgóry nieprawdopodobne, a raczej należy się spodziewać, że dojdzie do wykrycia całego szeregu sposobów przeciwrakowych, które okażą się skuteczne tylko dla pewnych, ściśle określonych typów raka. Już dziś różnorodność biologiczna raka sprawia, że wiele odkryć naukowych i obserwacyj leczniczych w raku można tylko z trudnością powtarzać, ponieważ wyraźnie odnoszą się tylko do jednego typu biologicznego tej choroby. Toteż *celowa rozbudowa leczenia biologicznego raka wymaga nietylko właściwej metodyki eksperymentalnej, ale wymaga też odpowiedniej rozbudowy diagnostyki klinicznej, któraby umożliwiła klasyfikację i rozpoznawanie poszczególnych typów raka w sposób łatwy*, co dziś możliwem jest tylko drogą bogatego doświadczenia praktycznego. Toteż *rozbudowa kancerologji*, jako specjalności lekarskiej, której powierzone zostanie leczenie raka, jest nakazem chwili, jeżeli problem leczenia raka ma poczynić w krótkim czasie istotne postępy.

Dr. Helena KARPIŃSKA. Lwów.

Stosowanie preparatu śledzionowego „Splenosanu" w przypadkach niedokrwistości wtórnej.

Z Oddziału Chorób Wewn. Szpitala Ubez. Społecz.
Ord.: Dr. Zofja Czeżowska.

Zagadnienie roli śledziony w układzie krwiotwórczym stanowi przedmiot licznych badań. Śledziona w życiu płodowem bierze czynny udział w wytwarzaniu składników morfotycznych krwi: ciałek czerwonych i białych, w życiu późniejszem w warunkach normalnych produkuje już tylko limfocyty. Jednak cały szereg prac doświadczalnych i obserwacyj klinicznych przemawia za hormonalnym wpływem śledziony na czynność szpiku kostnego utrzymującym się przez całe życie. Wedle zdania przeważającej liczby autorów, śledziona wywiera hamujący wpływ na czynność krwiotwórczą szpiku kostnego. Za tą teorją przemawiałyby liczne dane doświadczalne: poliglobulja i leukocytoza z wzrostem ilości ciałek kwasochłonnych pojawiające się u zwierząt, którym usunięto śledzionę i występowanie we krwi obwodowej ciałek Howell-Jolly'ego po zabiegu.

Spostrzeżenia kliniczne świadczyłyby również za hamującym wpływem śledziony na czynność szpiku kostnego w przypadkach żółtaczki hemolitycznej i trombopenji, gdyż usunięcie śledziony powoduje u tych chorych wzrost oporności czerwonych ciałek krwi, wzrost ilości czerwonych ciałek i ilości płytek Bizzozera. Nie można jednak udowodnić z całą pewnością, czy korzystny efekt splenektomji w przypadkach żółtaczki hemolitycznej jest wynikiem usunięcia hemolitycznej czynności śledziony, czy też odpadnięcia hamującego wpływu śledziony na czynność szpiku kostnego.

Doświadczenia na zwierzętach, którym podawano pozajelitowo wyciągi ze śledziony, prowadzą do wniosków niezgodnych z przytoczonemi spostrzeżeniami.

Simon i Spillmann obserwowali wzrost ilości czerwonych i białych ciałek krwi królika po zastrzykach preparatów ze śledziony. Hermann i Mirimanoff stwierdzili przesunięcie na lewo w obrazie Arnetha krwi u królika po podawaniu wyciągów śledzionowych, co prowadziłoby do wniosku o drażniącem działaniu na szpik kostny. Istomanowa i Tschilipeńko piszą o pobudzającym wpływie na erytropoezę surowicy krwi otrzymanej z żyły śledzionowej.

Bayle opisując korzystne wyniki uzyskane po leczeniu śledzioną chorych na gruźlicę, podkreśla działanie preparatów śledzionowych na układ krwiotwórczy. Wyrażało się ono wzrostem ilości czerwonych i białych ciałek krwi, wzmożoną limfocytozą i eozynofilją. Podobne wyniki otrzymali u chorych na gruźlicę E. Wajs oraz W. Falencik.

Powyższe spostrzeżenia zachęciły nas do stosowania preparatów śledzionowych u chorych z objawami niedokrwistości wtórnej powstałej pod wpływem czynników zakaźno-toksycznych w przebiegu schorzeń o różnej etiologji. Te przypadki wydawały się szczególnie odpowiednie dla leczenia śledzioną, ze względu na stwierdzoną przez licznych autorów ważną rolę tego narządu w powstawaniu odczynów odpornościowych ustroju.

Lauda w doświadczeniach parabiotycznych stwierdził ochronne działanie śledziony u szczurów przeciw niedokrwistości, wywołanej przez *Bartonella muris* — ochrona jest wedle autora wynikiem wewnątrzwydzielniczej czynności narządu. Matausch sądzi, że wyciągi ze śledziony wprowadzone do ustroju wywierają działanie drażniące na układ siateczkowo-śródbłonkowy, co prowadzi do przestrojenia ustroju w kierunku wzmożenia jego odporności.

Preparat śledzionowy „splenosan"[1]) stosowaliśmy na Oddz. Chor. Wewn. Szpit. Ubezp. Społ. w kilkunastu przypadkach niedokrwistości wtórnej o różnym stopniu nasilenia, bądź pod postacią zastrzyków domięśniowych, bądź doustnie. Kontrolowaliśmy przytem zachowanie się ilości ciałek czerwonych, hemoglobiny, ciałek białych i obrazu Schillinga w odstępach kilkudniowych. W przeważnej części przypadków oznaczano również ilość retikulocytów w czasie leczenia. We wszystkich przypadkach obserwowano stan ogólny chorych i zachowanie się ciepłoty ciała. Stosowano splenosan w zastrzykach domięśniowych codziennie w ilości 4 cm^3 na dawkę, lub doustnie w dawce 3 lub 4 razy na dzień po łyżeczce. Należy zaznaczyć, że zastrzyki były wogóle dobrze znoszone i nie wywoływały odczynów miejscowych ani ogólnych. Preparat doustny był przyjmowany bez niechęci w zupie lub w wodzie.

Przytoczone w tabeli 1 cyfry podają wyniki uzyskane w niektórych przypadkach:

---

[1]) Wyrób firmy: Zakł. chem. L. Spiess, Warszawa.

Tabela I.

Lp.	Nazw.	Rozpoznanie	Ciałka czerwone Przed lecz.	Po lecz.	Przyrost dzienny	Hb. Przed leczen.	Po	Ciałka białe Przed leczen.	Po	Ilość stos. inj.
1.	Iz. Pod.	*Polyarthritis infectiosa.*	3,940.000	4,080.000	14.000	70	75	5.800	6.800	10 inj. à 4 cm³
2.	K. Sut. n	*Tbc. incipiens. Appendicitis chr.*	3,370.000	3,570.000	20.000	70	70	10.000	13.000	10 inj. à 2 cm³
3.	Br. Buk. i	*Tonsillitis chr. purul. Endocarditis subac.*	3,790.000	4,010.000	22.000	80	80	4.800	5.400	10 inj. à 4 cm³
4.	St. Wich.	*Sepsis puerperal.*	1,600.000	1,900.000	50.000	—	—			6 inj. à 4 cm³
5.	M. Miśk. s	*Pleuritis exsudativa*	2,640.000	3,370.000	140.000	58	60	8.900	7.500	7 inj. à 4 cm³
6.	Roz. But. ce	*Endocarditis chr. exacerb. Helminth.*	2,920.000	3,720.000	70.000	50	60	5.400	4.400	12 inj. à 4 cm³
7.	A. Mor.	*Polyarthr. chr. Tbc. pulm. fibr.*	3,160.000	3,800.000	80.000	50	65	4.200	4.000	8 inj. à 4 cm³
8.	R. Bratt.	*Noduli haem. Anaemia sec. maioris gr.*	2,250.000	3,290.000	100.000	40	50	4.500	4.600	Doustnie splenosan 3 łyżecz. dz. przez 10 dni
9.	St. Kul.	*Paratyphus peract. Pleuritis exsud.*	3,430.000	4,750.000	75.000	60	90	4.800	4.800	Splenosan doustnie
10.	M. Proc.	*Tonsill. chr. pur.*	2,710.000	3,870.000	100.000	43	65	7.600	4.500	Splenosan doustnie
11.	Nuk.	*Pleuritis exs.*	2,580.000	3,800.000	120.000	50	65			Doustnie 20 g dz. przez 10 dni.

Nie uzyskaliśmy żadnej poprawy w obrazie krwi przy stosowaniu splenosanu w 2 ciężkich przypadkach posocznicy, które wkrótce zakończyły się zejściem śmiertelnem, w przypadku niedokrwistości istotnej niedobarwliwej, gdzie osiągnięto poprawę po podaniu dużych dawek żelaza, ponadto w 2 przypadkach średnio-ciężkiej niedokrwistości zakaźno-toksycznej na tle przewlekłego ropnego zapalenia migdałków. Przeważnie jednak, jak widać z przytoczonych powyżej cyfr, występowała wyraźna poprawa w obrazie krwi pod wpływem leczenia preparatami śledzionowemi, czyto w formie zastrzyków, czy podawania doustnego. Wzrastała przedewszystkiem ilość czerwonych ciałek krwi, przyczem przyrost dzienny przekraczał czasami 100.000 c. czerwonych. Wogóle na 16 przypadków leczonych podawaniem preparatów śledzionowych, 10 chorych wykazywało przyrost dzienny ponad 20.000 c. czerw., zaś 7 chorych przyrost ponad 70.000 c. czerwonych na dobę. Mniej intensywnie wzrastała ilość hemoglobiny, choć w niektórych przypadkach i pod tym względem efekt działania był bardzo dodatni (np. wzrost z 43% do 65% w przeciągu 10 dni w przyp. 10).

Nie widzieliśmy wyraźniejszego wpływu na zachowanie się ciałek białych pod względem ilościowym i jakościowym. Tylko w niektórych przypadkach zaznaczył się wyraźniejszy wzrost limfocytów, wpływu na zachowanie się ciałek kwasochłonnych nie zauważyliśmy. Poprawie obrazu krwi towarzyszyła zawsze poprawa stanu podmiotowego chorych, poprawa łaknienia i najczęściej przyrost wagi, a niekiedy wyraźne obniżenie się krzywej ciepłoty ciała u chorych ze stanem podgorączkowym. Szczególnie dodatnie okazało się działanie preparatu śledzionowego w przypadkach niedokrwistości podczas przedłużającego się okresu zdrowienia po ostrych chorobach gorączkowych. Np. chora Pr. na 6 tygodni przed przyjęciem do szpitala przeszła ostrą chorobę gorączkową połączoną z bólem gardła. Stan gorączkowy trwał przez 3 tygodnie i doprowadził chorą do znacznego osłabienia. Badanie krwi wykonane w pracowni Ubezp. Społ. na 2 tygodnie przed przyjęciem na Oddział, stwierdziło 2,800.000 c. czerw. i 50% hemoglobiny. Pomimo leczenia stan nie poprawiał się tak, że chorą po dalszych 2 tygodniach skierowano do Szpitala. Przy przyjęciu stan bezgorączkowy, chora blada i bezsilna. Badanie przedmiotowe prócz bladości skóry i błon śluzowych, stwierdza jedynie mierną rozstrzeń lewej komory serca i łatwo przyspieszające się tętno. Badanie krwi wykazuje 2,710.000 c. czerw. w mm³. Hemoglobina 45% (Sahli). Po 10 dniach podawania splenosanu doustnie po 20 g dziennie ilość ciałek czerwonych wynosi 3,870.000, hemoglobina = 65% tak, że przyrost dzienny wynosił u tej chorej 100.000 ciałek czerwonych. Nastąpiła poprawa stanu ogólnego, łaknienia oraz przyrost wagi i chora czując się dobrze prosiła sama o wypisanie ze Szpitala.

Przy ocenie otrzymanych wyników nasuwało się pytanie, czy wzrost ilości czerwonych ciałek jest wynikiem podrażnienia układu erytropoetycznego, czy też pobudzenie odpornościowych odczynów ustroju pod wpływem preparatów śledzionowych usuwa wpływy toksyczne hamujące prawidłową czynność szpiku kostnego.

Szybkość działania preparatów śledzionowych przemawia za pierwszem tłumaczeniem. Niekiedy już po 4—6 zastrzykach obserwuje się znaczny wzrost ilości czerwonych ciałek krwi.

Rozstrzygającym argumentem na korzyść drażniącego działania preparatów śledzionowych na układ erytropoetyczny jest zachowanie się retikulocytów pod wpływem leczenia. We wszystkich przypadkach, w których obliczano ilość retikulocytów, stwierdzono znaczny wzrost tych ostatnich w czasie stosowania splenosanu.

Np. u chorej M. P. przed leczeniem znaleziono 2 retikulocyty na 1000 czerw. c. krwi — po 10 inj. splenosanu: 12‰. U chorej M. M. przed leczeniem znajdujemy 3‰ retikulocytów, po 10 inj. splenosanu 13‰.

Jak wynika z powyższych obserwacyj, działanie śledziony na czynność układu krwiotwórczego nie da się sprowadzić jedynie do roli hamującej czynność szpiku kostnego. Mechanizm ten jest bardziej złożony, podobnie jak w innych narządach o działaniu hormonalnem. Jeżeli nawet przyjmiemy, że śledziona nie jest miejscem powstawania czynnika działającego drażniąco na układ erytropoetyczny, a tylko jego zbiornikiem podobnie jak wedle niektórych autorów wątroba, to jednak jej znaczenie, jako narządu regulującego czynność szpiku kostnego jest oczywista. Stosowanie preparatów śledzionowych w przypadkach niedokrwistości wtórnych powstałych na tle zakaźno-toksycznem, wydaje się wskazane na podstawie tych rozważań nietylko ze względu na ich działanie uodparniające i odtruwające, ale także ze względu na ich wpływ pobudzający na czynność układu krwiotwórczego.

Piśmiennictwo:

1) Bayle: Presse Méd. Nr. 76. 1925. — 2) Tenże: Presse Méd. Nr. 98. 1928. — 3) W. Falencik: Warsz. Czas. Lek. Nr. 35, 36, 37. 1934. — 4) Herrmann i Mirimanoff: C. R. Soc. Biol. T. 104, str. 365. 1930. — 5) Istomanowa i Tschilipenko: Cyt. wedle E. Laudy. — 6) E. Lauda: Die norm. u. pathol. Physiologie der Milz. Berlin. 1933. — 7) Mattausch: Beitr. Kl. Tbk. 72, str. 725. 1929. — 8) A. Mester: P. G. L. Nr. 3. 1934. — 9) F. Wajs: Nowiny Lek. Nr. 21, str. 726. 1927.

Dr. Wiktor MILLER. Łódź.

O leczeniu gośćca stawowego.

Z Oddziału Wewn. B. Szpitala małż. Poznańskich w Łodzi.
Ordynator: Dr. H. Kryszek.

W reumatologji, coraz bardziej usamodzielniającej się dziedzinie chorób wewnętrznych, uderza niewspółmierny postęp pomiędzy poznawaniem etjologji, czynionemi próbami klasyfikacyjnemi, a poziomem lecznictwa. W etjologji i klasyfikacji mamy bowiem do zanotowania szereg zdobyczy: znalezienie swoistych zmian anatomopatologicznych w ostrym gośćcu stawowym (Aschoff), wyodrębnienie grupy reumatoidów o określonej etjologji (Gerhardt), poznanie reumatyzmu infekcyjnego *(rheumatismus specificus* — Gräff), właściwa ocena zmian sercowych i stawowych w gośćcu (reumatyzm kardjo-waskularny, Fischer), odgraniczenie spraw zapalnych od zmian zwyrodnieniowych (artroz); wreszcie teorje alergiczne gośćca (Weintraud, Rössle, Weil).

W lecznictwie spraw reumatycznych trudno mówić o postępie; przecież ideałem nowoczesnej terapji jest leczenie przyczynowe. W schorzeniach reumatycznych, których rozpoznanie opierać musimy często na obrazie histopatologicznym, trudno o przyczynowe leczenie. Były wprawdzie próby leczenia autowakcyną i wakcyną streptokokową (Burbank), lecz bez wyniku. Jako leczenie przyczynowe możnaby uważać usuwanie poszczególnych ognisk zakaźnych, w których podejrzewamy źródło zakażenia (migdałki, zęby), lecz to, nierozstrzygnięte zresztą, zagadnienie nie rozwiązuje bynajmniej terapji gośćcowej. W leczeniu farmakologicznem posiłkujemy się wciąż staremi środkami; zmieniło się jednak dawkowanie, pogłębiło zrozumienie mechanizmu działania.

Omawiam wyłącznie lecznictwo schorzeń reumatycznych zapalnych: infekcyjnego ostrego reumatyzmu, wtórnie chronicznego, pierwotnie chronicznego gośćca i ich późniejszych następstw *(arthritis deformans).* W leczeniu tych schorzeń odróżniamy skolei leczenie farmakologiczne, które przeważnie pozostaje leczeniem objawowem i leczenie profilaktyczne, uodparniające. W leczeniu farmakologicznem rozporządzamy dwoma środkami, które od lat znalazły zastosowanie w terapji schorzeń reumatycznych: salicylem i piramidonem.

Salicyl wprowadzony został do lecznictwa przez Strickera w 1876 r.; dłuższy czas przypuszczano, że salicyl jest środkiem chemotaktycznym, swoistym, antybakteryjnym. Bezowocne jednak poszukiwania zarazka, pomimo znalezienia swoistej postaci anatomopatologicznej (Aschoff, Fahr, Gräff); teorje alergiczne gośćca, hiperergja (Klinge, Bieling, Swift, Rössle, Weil), — wszystko to wpłynęło na powstanie innych zapatrywań na działanie salicylu przy schorzeniach reumatycznych. Przy obserwacji ostrych postaci zapalnych nasuwa się pytanie, czy mamy do czynienia z celowym obronnym aktem zaatakowanego ustroju, czy też z reakcją nadmierną, szkodliwą, — a więc objawem patologicznym. Wiele, zdaniem Fischera, przemawia za tem, że oddziaływanie to jest nadmierne, że nie jest to normalny odruch ustroju, lecz chorobowo zmieniona reakcja u osobnika uczulonego; stąd zmiana zapatrywania na działanie salicylu. Salicyl, w świetle nowych poglądów, działa właśnie hamująco na nadmierną i niepożądaną reakcję organizmu (Gehlen, Fischer). Odczulenie otrzymuje się dzięki wiązaniu przez salicyl nadmiernej ilości przeciwciał we krwi i w tkankach. Ponieważ wydzielanie się przeciwciał stale towarzyszy zapalnemu schorzeniu reumatycznemu, salicyl odnosi skutek przy stałem, długotrwałem podawaniu i w odpowiednio dużych dawkach. Według Külbsa małe dawki salicylu nietylko nie odnoszą pożądanego skutku, ale uodparniają ustrój przeciwko salicylowi (!). Za odczulającem działaniem salicylu przemawiają i doświadczenia Swifta, któremu zapomocą dużych dawek salicylu udało się zapobiec powikłaniom stawowym w chorobie posurowiczej, lub je złagodzić. Wehrsing i Fischer w swoich doświadczeniach na zwierzętach również stwierdzali dodatni wpływ salicylu na zmiany stawowe w hiperergji, jednocześnie i osłabienie szoku anafilaktycznego.

Działanie salicylu w sprawach gośćcowych jest tak dalece wybiórcze, że trudno oprzeć się wrażeniu, że mamy do czynienia ze środkiem swoistym; przecież często opieramy swe rozpoznanie *„ex juvantibus"* na podstawie dodatnich wyników po leczeniu salicylowem. Niestety, salicyl w stosunku do najpoważniejszych powikłań w gośćcu stawowym jest bez wpływu, chociaż przebieg gośćca stawowego pod wpływem salicylu jest często łagodniejszy i krótszy. Według Swifta salicyl oprócz ciepłoty, bolesności stawów i ogólnego stanu, łagodzi powikłania wysiękowe: stan zapalny stawów, zapalenia opłucnej i zapalenia osierdzia; nie wpływa natomiast na zapalenie mięśnia sercowego i zapalenie wsierdzia. Goldscheider w swojej statystyce podaje, że powikłania sercowe w przypadkach leczonych salicylem są taksamo częste, jak w przypadkach leczonych bez salicylu.

W lecznictwie stosujemy pochodne kwasu salicylowego; kwas salicylowy w czystej postaci spowodu toksyczności nie wchodzi prawie w rachubę. Stosujemy przeważnie salicylan sodu. I ten preparat pod wpływem kwasu solnego w żołądku ulega rozkładowi i drażni błonę śluzową żołądka (Kramsztyk, Ber); są wprawdzie przetwory, które ulegają rozkładowi w jelitach, nie wywołując podrażnienia błon śluzowych (aspiryna, salol, diplosal), lecz spowodu ich ceny rynkowej i niewielkiej w nich zawartości salicylu nie nadają się do leczenia spraw gośćcowych. We krwi kwas salicylowy, podług Binza, uwalnia się pod wpływem kwasu węglowego, którego ilości w sprawach zapalnych ulegają powiększeniu. Godny uwagi jest fakt stwierdzony przez Bondi i Jakoby, że u zwierząt doświadczalnych salicyl zbiera się w tkankach mezenchymalnych, a więc w punkcie uchwytu jadów gośćcowych. Kwas salicylowy prawdopodobnie nie ulega spaleniu w organizmie, lecz w połączeniu z glikokolem zostaje wydalony. Wydalanie większych dawek salicylu, według Trendelenburga, trwa do 70 godzin, wobec czego zachodzi obawa kumulacji tem bardziej, że po dużych dawkach zmniejsza się diureza (w małych dawkach diureza się zwiększa). Ćwilichowska podaje, że po doustnem zastosowaniu salicylu, salicyl zostaje wydalony po 48 godzinach, po śródżylnem po 9 godzinach. Po dodaniu sody wydalanie przyśpiesza się czterokrotnie.

Dawkowanie w różnych krajach waha się w dużych granicach. Zasługują na uwagę dawki stosowane przez francuskich autorów, które dwukrotnie przewyższają ilości stosowane u nas (ogromne dawki zalecał już Mackenzie). Francuzi podają w przypadkach lżejszych 16—18 g na dobę, w cięższych 25—30 g (Weissenbach, Françon). Dzieciom w wieku 8—12 lat podają 10—15 g na dobę. Po ustąpieniu ostrych objawów stosują do 6 g dziennie w przeciągu 3 miesięcy. Dla uniknięcia grożącego przy tych dawkach salicylu zakwaszenia, dieta w pierwszych dwóch dniach składa się z dwóch litrów mleka dziennie, wód alkalicznych, soków owocowych i dużych dawek dwuwęglanu sodowego. W późniejszym okresie stosują zupy jarzynowe, jarzyny, owoce, kaszki, ciasta i marmolady. Dieta ta, pozostając bez wpływu na samo schorzenie, neutralizuje nadmierne ilości salicylu. Nie podzielając tego dawkowania, trzeba zaznaczyć, że tak wielkie dawki salicylu nie wchodzą w rachubę u naszych chorych; już w mniejszych ilościach spostrzegamy objawy nietolerancji wobec salicylu; zresztą zachodzi obawa ciężkiego zatrucia na skutek wspomnianego zakwaszenia ustroju. Madison opisuje dwa przypadki śmiertelne po stosowaniu dużych dawek salicylu. Sekcyjnie w obu przypadkach stwierdzono zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego, wylewy krwawe i zmniejszenie glikogenu w tkankach. W doświadczalnem zatruciu salicylanem sodu u świnek morskich stwierdzono anatomopatologicznie podobne zmiany. Po zastosowaniu cukru gronowego nasilenie zmian było mniejsze. Madison radzi w związku z tem podawać duże dawki salicylu jednocześnie z cukrem gronowym śródżylnie. Zbliżone do naszego dawkowania są dawki salicylu, stosowane w Akwizgranie w „Rheuma-forschungs-Institut" (Fischer, Gehlen, Peters). Dawki te wahają się w granicach od 8—15 g na dobę w okresie ostrym, w dalszym przebiegu stosuje się 2—3 g dziennie aż do spadku ciepłoty i powrotu przyśpieszonego opadania krwi do normy. W przypadkach bardzo ciężkich stosują zarówno Francuzi, jak i Niemcy salicyl śródżylnie i domięśniowo; są to przypadki rzadkie (opisane są przypadki śmiertelne po stosowaniu salicylu śródżylnie — Madison). Pierwszy śródżylnie zastosował salicyl Mendel w 1904 roku; stosuje się 2—4 g dziennie w 5—10% roztworze w 3—10% glukozie. Salicyl przy stosowaniu śródżylnem prowadzi częściowo do hemolizy i rozpadu plazmy koloidalnej (Freund). W zaburzeniach żołądkowych stosujemy salicyl w lewatywach; na naszym Oddziale szpitalnym stosuje się do 12 g dziennie, dwa razy po 6 g w lewatywie. Okres czasu, w jakim należy podawać salicyl, dotychczas nie jest ustalony; większość autorów uważa zgodnie, że należy odstawić salicyl po uzyskaniu normalnej ciepłoty i normalnego OB (Fischer, Gehlen, Kahlmetter). Pilod twierdzi, że u 95% (!) chorych gośćcowych stwierdza się tarcie u podstawy serca i w drugiem międzyżebrzu na lewo od mostka, jako wyraz zajęcia osierdzia; salicyl należy więc podawać aż do zniknięcia tarcia. Wstawanie z łóżka po ostrym gośćcu stawowym jest również sprawą sporną; wogóle Francuzi i Niemcy zgodnie podają, że po setnym dniu można choremu pozwolić na wstawanie. W naszych warunkach społecznych, w których przeważna część pacjentów re-

krutuje się ze sfery robotniczej, tego rodzaju wymagania są, oczywiście, niewykonalne; toteż chorym naszym pozwalamy wstawać w 2—3 tygodnie po ustąpieniu ostrych objawów.

Zachodzi jeszcze pytanie, jakie są przeciwwskazania do stosowania salicylu. Jako przeciwwskazania uważamy: 1) zamroczenia, bóle głowy, 2) zaburzenia wzroku (zaburzenia wzroku po salicylu mogą doprowadzić do ślepoty — Thom), 3) objawy anafilaktyczne z porażeniem układu wazomotorycznego, 4) zapalenia nerek, nieustępujące po dalszem stosowaniu salicylu, 5) niemiarowość tętna, pogarszająca się w miarę dalszego leczenia salicylem. We wszystkich tych przypadkach odstawiamy salicyl i przechodzimy do jego pochodnych (aspiryna, salol lub chętniej do piramidonu, antypiryny, kauzytu = pochodna antypiryny + yatren).

Antypirynę stosować można w ciągu krótkiego czasu spowodu jej toksyczności, w dawce 3—5 g dziennie; Chauffard w wyjątkowych przypadkach podawał do 8 g dziennie.

Piramidon wprowadzony został do lecznictwa przez Rotha, Breyera i Pauly. Zwrócono na piramidon specjalną uwagę po ukazaniu się prac Schottmüllera o stosowaniu piramidonu w schorzeniach reumatycznych. Swift i Fischer uważają działanie piramidonu za identyczne z salicylem; jednakże w przypadkach pierwotnego gośćca chronicznego salicyl, w odróżnieniu od piramidonu, pozostaje bez wyniku. Dla Schottmüllera piramidon jest środkiem swoistym, analogicznie do chininy w zimnicy. Według Schottmüllera wpływ salicylu na powikłania gośćcowe, jak zapalenie osierdzia, wsierdzia i opłucnej jest minimalny, podczas gdy piramidon wywiera działanie dodatnie. W swej ostatniej pracy „*Zur Klinik der Rheumatischen Infektion*" przytacza Schottmüller kilka przypadków zapalenia mięśnia sercowego i osierdzia na tle reumatycznem, leczonych z dobrym wynikiem dużemi dawkami piramidonu; opisuje również przypadek reumatycznego zapalenia otrzewnej i przypadek *endocarditis lenta* z stwierdzonym trzykrotnie we krwi paciorkowcem zieleniejącym, wyleczone piramidonem. Schottmüller zaczyna zwykle od dawek 0,3 — 5 razy dziennie i stopniowo podwyższa do 5 g dziennie; po uzyskaniu poprawy podaje 1,5 g dziennie w przeciągu kilku miesięcy. W przypadkach opornych zaleca przerwę 2—3 dniową, po której często po ponownem podawaniu piramidonu otrzymuje się pomyślne wyniki. W Akwizgranie stosują do 4,5 g dziennie; Gehlen i Staab w szeregu przypadków, leczonych piramidonem miesiącami, nie spostrzegali poważniejszych powikłań; dobre wyniki otrzymywali po piramidonie w przypadkach pierwotnego gośćca chronicznego. Piramidon stosować można śródżylnie, lecz w mniejszych dawkach. Z powikłań, obserwowanych po piramidonie, wymienić należy: bóle głowy, plamiste wysypki, mijające pomimo dalszego podawania piramidonu; brak łaknienia i zaburzenia żołądkowe ustępują po nautralonie i *magnesium perhydrol.* Z rzadszych powikłań stwierdza się niekiedy (Gessler, Scherf, Lotze) krwiomocz, krwawienia z kiszek, niedomogę krążenia, niedokrwistość, a nawet agranulocytozę. Na większą natomiast uwagę zasługuje mały stosunkowo znany, a łatwy do spostrzegania przy łóżku chorego, objaw zmniejszenia diurezy.

Ostatnio spostrzegaliśmy na Oddziale przypadek chorej L. M., lat 19, L. szpit. 1079. Nawrót ostrego gośćca stawowego; zapalenie wsierdzia, osierdzia i mięśnia sercowego; zwężenie i niedomykalność zastawki dwudzielnej, niedomykalność zastawek tętnicy głównej; objawy niedomogi mięśnia sercowego; wątroba i śledziona do linji pępkowej, obrzęki dolnych kończyn. Tętno 140, miarowe. Ciśnienie 230/130; 160/90; 190/90; ciepłota do 38°; OB — 30/1—32 m; 11/2—14 m. Mocz: 15—20 krwinek wyługowanych i pojedyncze świeże. Ropne zapalenie migdałków. Dno oka — bez zmian. Ekg. objawy ciężkiego zwyrodnienia mięśnia sercowego. W czasie leczenia, poza środkami sercowemi u chorej zastosowano również piramidon w dawce zaledwie 0,9 g dziennie; następnego dnia spadek diurezy z 2500 do 500 cm³. Diureza utrzymywała się na tym poziomie przez cały czas stosowania piramidonu (7 dni). Tuż po odstawieniu piramidonu diureza podniosła się do 2750 cm³. Z przetworów piramidonowych stosowanych śródżylnie rozporządzamy melubryną i nowalginą; przetwory te w gośćcu mają wyjątkowo tylko zastosowanie. Na Oddziale Wewnętrznym B stosujemy piramidon, od dłuższego czasu, do 3 g dziennie. Wyników przy ostrym gośćcu stawowym nie obserwowaliśmy lepszych, niż przy podawaniu salicylu. Piramidon stosujemy przeważnie w tych przypadkach, w których salicyl zawodzi; przedewszystkiem jednak w przypadkach gośćca chronicznego. Jako przykład służyć może następujący przypadek:

Chory F. P., lat 62. L. szpit. 900. Pierwotny gościec chroniczny; obrzęk i zniekształcenia palców rąk, stawów nadgarstkowych, łokciowych, kolanowych i skokowych; ruchy w stawach ograniczone i bolesne. Ciepłota normalna. OB 20/10—60 m; 5/11—144 m; 20/11—72 m; 27/12—70 m; 6/1—100 m. Wassermann ujemny. Ciśn. 160/90. Cukier we krwi 1,14 g w litrze. Mocz: ślad białka; w osadzie: 2—3 leukocyty, pojedyńcze krwinki wyługowane. Ekg.: uszkodzenie mięśnia sercowego lekkiego stopnia. Rtg.: płuca i serce bez zmian. Chory leczony w szpitalu salicylem do 12 g dziennie (w sumie 60 g), autohemoterapją, wstrzykiwaniami Jodiminy — bez wyniku. Po zastosowaniu piramidonu 7 × 0,3 dziennie poprawa; obrzęki i bóle ustąpiły, samopoczucie lepsze. Chory otrzymał 105 g piramidonu. (Obserwowany przez kol. Wołożyńską).

Z powikłań spostrzegaliśmy uporczywe wysypki, uporczywe przejściowe biegunki, bóle głowy i krwawienia z nosa.

Do metod wątpliwych należy podawanie preparatów hormonalnych. W 60 przypadkach pierwotnego gośćca chronicznego, o podłożu przypuszczalnie hormonalnem, Gehlen nie stwierdził żadnej poprawy po stosowaniu preparatów gruczołowych.

Innych dróg należy szukać, gdy ostry gościec infekcyjny przechodzi w okres przewlekły, z tendencją do kurczenia torebek stawowych i zesztywnień; w leczeniu przechodzimy wówczas do uczulenia ustroju. Najlepszemi środkami, zdaniem Gehlena, są złoto i rad. Złoto, jako katalizator, przyśpieszający procesy oksydacyjne; rad zaś przez swą nagromadzoną energję atomową. Stosowane są w Niemczech i Austrji *solganal B oleosum* (Umber) i *radiophan*. Anglicy stosują solganal A śródżylnie, solganal B śródmięśniowo; pozatem solganal w drażetkach (3 razy dz., w ciągu 6—7 tygodni) (Maliwa, Izraelski). Preparaty złota stosowane śródżylnie, jak aurosan mają mniejsze zastosowanie przy leczeniu spraw gośćcowych; i temi preparatami można jednak uzyskać poprawę, jak o tem świadczą niżej przytoczone 2 przypadki:

Chora W. F., lat 49. L. szpit. 890. Od kilku lat postępujący pierwotny gościec chroniczny; zmiany zniekształcające stawów łokciowych, stawów nadgarstka i palców symetrycznie obu kończyn górnych; zniekształcenia obu stawów kolanowych; okolica stawów bardzo bolesna; ruchomość stawów łokciowych i kolanowych częściowo ograniczona. Ciepłota normalna. Tętno wolne. OB — 30 m. Wassermann — ujemny. Mocz — bez zmian. Morfologja krwi — bez zmian. Rtg.: — wybitne odwapnienie kości stawów kolan.: zamazana struktura kostna; niewielkie zniekształcenia. Spowodu silnej bolesności w stawach kolanowych i w stawach palców obu rąk chora nie mogła ani podnosić się z łóżka ani przyjmować sama pokarmów. Po zastosowaniu aurosanu śródżylnie (w sumie 1,75 g) — znaczna poprawa. Bóle słabsze, ruchomość w stawach lepsza; chora o własnych siłach może wstawać z łóżka.

Chora Ch. Z., lat 43. Od kilku lat chroniczny pierwotny gościec. Od 4 miesięcy chora leży obłożnie w łóżku. Zniekształcenia i obrzęki obu stawów kolanowych, prawego stawu łokciowego, obu nadgarstków i palców rąk. Ruchomość we wszystkich stawach ograniczona, silna bolesność przy ruchach. Wyłuszczenie migdałków przed kilku miesiącami bez wyniku. Płuca i serce — bez zmian. Stany podgorączkowe. Mocz — bez zmian. Leczona piramidonem 2 g dziennie i wstrzykiwaniami aurosanu śródżylnie. Bóle w stawach mniejsze, ruchomość stawów lepsza; chora wstaje o własnych siłach i chodzi swobodniej po pokoju.

Solganal B oleosum stosuje się w dawkach od 0,01—1 g śródmięśniowo (Thom). W doświadczalnych badaniach zwierząt stwierdzono odkładanie się solganalu w tkance mezenchymalnej i w układzie siateczkowo-śródbłonkowym. Pierwsze prace o solganalu ogłosił Feldt, później Lande z Kliniki Umbera. Wyłączną prawie dziedziną stosowania złota są przypadki gośćca chronicznego, w których uzyskuje się poprawę jednocześnie z fizykalnem leczeniem. Zdaniem angielskich autorów (Slot, Deville) złoto działa, jako środek podniecający siły obronne ustroju przez układ siateczkowo-śródbłonkowy, dzięki wzmożeniu zdolności fagocytarnych. Po blokadzie układu, lub wycięciu śledziony, działanie złota jest słabsze. Mester otrzymał poprawę w przypadkach pierwotnego gośćca chronicznego o etjologji przypuszczalnie gruźliczej. Izraelski opisał przypadki z uporczywemi biegunkami i zapaleniami nerek po stosowaniu solganalu.

Rad, a właściwie inhalacje radowe, zostały wprowadzone do lecznictwa schorzeń reumatycznych przez Freunda. Najważniejszem wskazaniem, zdaniem Freunda, są przypadki pierwotnego gośćca chronicznego i zmiany stawowe u kobiet w okresie przekwitania z guzkami Heberdena. Miałem możność na oddziale doc. Freunda, I. Klinika Uniwers. we Wiedniu obserwowania przypadków, w których, po kilku seansach dwugodzinnych w komorze inhalacyjnej, ustępowały uporczywe parestezje palców; objawy trudne do opanowania innemi metodami. Mimo to Joachimsthal zawiódł poniekąd pokładane w nim nadzieje.

W doświadczeniach na ludziach i zwierzętach Freund i Loebel stwierdzali po inhalacjach radowych ciała radjoaktywne w płynie mózgowordzeniowym. Zasługują na uwagę ba-

dania Sangiorgi, który stwierdził, iż radjoaktywna surowica zapobiega szokowi anafilaktycznemu. Dobre wyniki otrzymywał Freund przy kombinowaniu inhalacyj radowych z naświetlaniami Roentgenem. Z preparatów radowych stosuje się w lecznictwie radjoian (rad + atofan), wprowadzony przez Bauera i Gudzenta.

Dalszą metodą do uczulenia, „przestrojenia" ustroju, jest proteinoterapja. Początkowo stosowano środki swoiste jak autowakcyny; później heterowakcyny; wreszcie ciała nieswoiste. Pierwszy w sprawach gośćcowych zastosował proteinoterapję Menzer. Gotlieb i Freund w swych badaniach nad proteinoterapja stwierdzili rozpad płytek krwi i powstawanie ciał zbliżonych do histaminy. Środków do proteinoterapji mamy mnóstwo; pod względem działania różnią się stosunkowo niewiele. Zdaniem Zimmera różnemi preparatami i metodami można otrzymać ten sam wynik. Zmieniło się z biegiem czasu jedynie dawkowanie. O ile dawniej stosowano duże dawki i dążono do gwałtownych reakcyj, to obecnie dawkuje się bardzo ostrożnie, stosując dawki poniżej progu pobudliwości i uważając, że żywsza reakcja w uczulonym ustroju spowodować może raczej zaostrzenie sprawy (Fischer). Dla Freunda najlepszym środkiem uczulającym pozostało mleko. Hirschfeld i Hittmair stwierdzili po zastosowaniu proteinoterapji neutrofilną lub eozynofilną leukocytozę. Strauss stwierdzał odczulenie stanów alergicznych. Przeciwnikiem proteinoterapji jest Gudzent.

Do proteinoterapji zalicza się również szczepienia skórne metodą Ponndorfa i Pauly (Kutiwakcyna). Duże nadzieje związane z temi metodami zawiodły; niezłe wyniki otrzymywano jedynie przy myalgjach; stan stawów nie ulegał jednak poprawie. Dobre wyniki po Ponndorfie podaje Chmielewski, Mester, Goldbaum.

Do łagodnej proteinoterapji należy jad pszczelny, wprowadzony przez Terča. Freund stosował spoczątku nakłucia żywych pszczół; ostatnio Kretschy wprowadził gotowy preparat *apicosan;* w Austrji stosują immeninę. Wyniki pomyślne otrzymywano w omartrytach i myalgjach.

Ostatnio znajduje zastosowanie jod w przypadkach artroz, *arthritis deformans* i w okresie przekwitania u kobiet, z zaatakowaniem stawów kolanowych i z guzkami Heberdena. Na podstawie naszego doświadczenia szpitalnego należy z dużą ogłędnością wykluczyć uprzednio tyreotoksykozę (obawa jodbasedowa).

Do metod, które dotychczas nie znalazły większego zastosowania, ale w pewnych przypadkach mogą być pożyteczne, należy lampa kwarcowa — w omartrytach, bólach mięśniowych, neurytach; nie w jej codziennem zastosowaniu, lecz przy naświetlaniach drażniących na ograniczonej przestrzeni, z wywołaniem silnego rumienia. Dawkować możemy promienie lampy kwarcowej od lekkiego podrażnienia aż do zmian destrukcyjnych skóry. Już przy zwykłych naświetlaniach, prócz zmian barwikowych, występuje działanie bakterjobójcze, pobudzanie procesów fermentacyjnych, tworzenie witamin, pobudzenie narządów krwiotwórczych i wpływ na przemianę mineralną (Papp, Malczyński, Borysiewicz, Toczyski). Skóra na drodze odruchowej, poprzez układ wegetatywny i związane z tem procesy oksydacyjne przemiany materji, wpływa na czynność całego ustroju; przy przekrwieniu w skórze powstaje histamina lub ciała do niej zbliżone. Nowe światło rzuciły badania Ruhmanna o segmentarnym wpływie poszczególnych odcinków skóry na narządy wewnętrzne; zony Heada są tego potwierdzeniem.

Stąd też prace Hasselbacha i Jacobaeusa o naświetlaniach drażniących poszczególnych segmentów skóry przy dławicy piersiowej, prace Plaschkisa o naświetlaniach odpowiednich segmentów przy wrzodzie dwunastnicy i Grünfelda o wpływie naświetlań na perystaltykę jelit. Prócz działania promieni ultrafioletowych w rachubę wchodzą prawdopodobnie produkty rozpadu tkankowego, które, ulegając stopniowemu wessaniu, powodują łagodną i długotrwałą proteinoterapję. Z polskich autorów naświetlania miejscowe w gośćcu mięśniowym stosował Hessel.

Małe zastosowanie znalazła u nas dotąd jontoforeza. Jontoforeza polega na korzystaniu z prądu galwanicznego dla wprowadzenia leku podskórnie, w schorzeniach przeważnie miejscowych. Pod wpływem prądu następuje jonizacja roztworu i wędrówka jonów. W lecznictwie spraw gośćcowych najwięcej posługujemy się histaminą. Początkowo stosowano ją w schorzeniach żołądkowych, jako środek pobudzający wydzielanie soków żołądkowych. W schorzeniach reumatycznych zastosował ją po raz pierwszy węgierski lekarz Deutsch. Mechanizm działania histaminy polega na rozszerzaniu naczyń skórnych, miejscowem przekrwieniu i znieczuleniu. Istnieje przypuszczenie, że przy działaniu aparatów cieplnych wytwarza się histamina lub ciała pochodne. Hessel zapomocą jontoforezy stosował jod, *natr. salicyl., calc. chlorat.*, akonitynę, chininę. Największe zastosowanie znajduje histamina w reumatyzmie mięśniowym i w periartrytach.

Przechodząc do fizykalnego leczenia, należy stwierdzić, że rola jego przy leczeniu spraw reumatycznych i ich następstw jest niedostatecznie oceniana i klinicznie wyzyskana. Pomijając różne hipotezy działania aparatów elektromedycznych, omówię wyłącznie działanie cieplne, fizykalnie stwierdzone. Ciepło nie jest czemś nowem w lecznictwie; nowoczesna jednak aparatura pozwala dawkować i wytwarzać ciepło nietylko na powierzchni skóry, lecz i w obrębie samych tkanek, korzystając z drgań elektronów przy prądach o wysokiej częstotliwości. W fizykalnej terapji spotykamy się z dwoma czynnikami, których rola nie jest dostatecznie wyjaśniona: ciepłem i terenem zadziałania, skórą. Wpływ ciepła w schorzeniach reumatycznych dawno już zwrócił uwagę reumatologów. Częstość występowania spraw gośćcowych zależnie od klimatu stwierdzona już została statystycznie: w krajach tropikalnych gościec stawowy jest zjawiskiem rzadkiem. Potwierdzają to badania Cobourna, który u dzieci reumatycznych przewiezionych z New Yorku do krajów tropikalnych nie stwierdzał nawrotów gośćca; nawroty występowały jednak po powrocie do New Yorku. Rola zimna w schorzeniach reumatycznych potwierdzona została przez Rosena i Freunda, którzy przy sztucznem oziębianiu stawów otrzymywali ciężkie zmiany stawowe. Doświadczenia Biera dowodzą, że ciepło, zastosowane miejscowo, na drodze odruchowej może wywołać zmiany we krwi po stronie przeciwnej; u zwierząt po nagrzewaniu kończyny przy nakłuciu żyły tej kończyny stwierdzono krew tętniczą; tętniczą krew stwierdzono i po stronie przeciwnej, niepoddawanej ogrzewaniu. Pod wpływem działania ciepła następuje po krótkotrwałym skurczu rozkurcz naczyniowy, przyśpieszony przepływ krwi, zawartość tlenu i kwasu węglowego krwi żylnej zbliża się do tętniczej. Badania Freunda i Simo dowodzą istnienia zwiększonej przemiany gazowej. Z dalszych następstw występuje zwiększenie ilości wyrzutowej serca; w krążeniu obwodowem zjawia się hiperleukocytoza; występuje zwiększone wydzielanie kwasów i soli, przyspieszenie utleniania. Zdaniem Hofmana, przez długotrwałe ogrzewanie skóry powstaje *esophylaxia,* a więc wzmożone wydzielanie do wewnętrz fermentów i przeciwciał, wpływających na gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu, na jady bakteryjne i bakterje, a powstałych w powierzchownych warstwach skóry. Już wpływ czynnika cieplnego na krążenie może w gośćcu stawowym odegrać poważną rolę. Fizykalne leczenie ma zastosowanie w sprawach gośćcowych nietyle przy zwalczaniu samego schorzenia, ile w jego następstwach, które często opanowują obraz chorobowy i stanowią poważniejsze cierpienie dla chorego, niż przebyte zakażenie. Są to zaniki mięśniowe, zniekształcenia stawów i zaburzenia krążenia. Wollenberg (1908) przypisywał dużą rolę sprawom krążeniowym przy powstawaniu *„arthritis deformans";* obserwowano bowiem osłabienie przepływu krwi, oziębienie skóry; w schorzałych tkankach kapilaroskopowo stwierdzono nieprawidłowe pętle naczyniowe. Te objawy wazomotoryczno-troficzne, skłonność do wzmożonych potów w pierwotnie chronicznym gośćcu w obrębie schorzałych stawów, przemawiają za udziałem układu krążenia i układu wegetatywnego w powstawaniu tych spraw. W szeregu przypadków porażenia połowiczego Freund stwierdził, że żyły po stronie porażonej są mniej wypełnione, cieńsze i delikatniejsze, niż po stronie zdrowej. W tych przypadkach fizykalne leczenie odnosi pomyślny skutek przez wywołanie przekrwienia. Godne uwagi w tej dziedzinie są spostrzeżenia Freunda, że powikłania występujące po miejscowych oziębieniach mogą ustąpić albo ulec złagodzeniu, o ile bezpośrednio po oziębieniu zastosujemy w tem samem miejscu ciepło. Freund tłumaczy to zjawisko przekrwieniem, które usuwa produkty rozpadu i zapobiega anafilaktycznym procesom. Przypisuje on czynnikowi cieplnemu działanie lecznicze i profilaktyczne. W fizykalnej terapji lepsze wyniki otrzymuje się przez stosowanie kilku metod równocześnie. Przegrzewania z naświetlaniami drażniącemi odnoszą lepszy skutek, niż same przegrzewania.

Do metod, które ostatnio ponownie odgrywać zaczynają rolę w lecznictwie spraw stawowych, należy leczenie dietetyczne. Wiele w tym kierunku nadużywano dotąd, zwłaszcza w praktyce codziennej. Niewiadomo dla jakich powodów w przypadkach chronicznego gośćca przepisuje się często chorym dietę, podobną do diety w dnie. Chorzy wyniszczeni pogarszają swój stan przez stosowanie tych niepotrzebnych ograniczeń. Z diet stosowanych w gośćcu stawowym znamy dietę Schrotta (ograniczenie płynów, soli kuchennej, dieta sucha); dietę Pembertona z ograniczeniem węglowodanów; dietę z ograniczeniem Ca (współpracowników Kuttnera z Berlina) i diety jarzynowe. Freund, Bauer i Strauss po stosowaniu diety bezwęglowodanowej i bezwapniowej wyników nie otrzymywali. Wyniki po diecie ja-

rzynowej Freund otrzymywał w przypadkach zbliżonych do grupy skaz artretycznych. Ostatnio, w związku z alergicznemi teorjami o powstawaniu gośćca stawowego, przeprowadzali badania Rosjanie (Tałałajew, Pewsner). Doświadczenia przeprowadzone zostały na materjale zwierzęcym i ludzkim. Zwierzęta, psy i białe szczury, doprowadzono wstrzykiwaniami małej ilości surowicy do gotowości alergicznej; zwierzęta w czasie obserwacji odżywiano swoistą dietą i spostrzegano objaw Arthusa w poszczególnych grupach i grupie kontrolnej odżywianej normalnie. W grupie pierwszej przy dwukrotnie zwiększonej ilości węglowodanów otrzymano objaw wyraźny, przy ograniczonej ilości węglowodanów objaw słaby. W drugiej grupie z wykluczeniem witaminy D z pokarmów — objaw ujemny. Badania histopatologiczne tkanek zwierzęcych potwierdziły wyniki kliniczne. Autorzy wysuwają wniosek o wpływie odpowiedniej diety na odczyn alergiczny ustroju, na hiperergię i na sprawy reumatyczne. W dalszych swoich doświadczeniach autorzy przeprowadzili badania na materjale ludzkim; otrzymano podobne wyniki. Zastosowano diety: 1) dietę Pembertona (ograniczenie węglowodanów, białka i ilości kaloryj), 2) dietę z ograniczeniem węglowodanów, 3) dietę z ograniczeniem białka, 4) dietę antyflogistyczną Noordena i dnie jarzynowe (jarzyny przeważnie surowe). Diety jarzynowe stosowano: a) bezchlorowe, b) z ograniczeniem NaCl. Najlepsze wyniki otrzymywano po stosowaniu diety Noordena i diety z ograniczoną ilością węglowodanów + dnie jarzynowe. Uzyskano poprawę objawów podmiotowych, przedmiotowych, OB, obrazu kapilaroskopowego i obrazu krwi. Prace rosyjskich autorów zasługują i dlatego na uwagę, że gospodarka węglowodanowa w gośćcu stawowym wykazuje zaburzenia. Pemberton, który w schorzeniach reumatycznych badał tolerancję węglowodanową, stwierdził zaburzenia w wydzielaniu węglowodanów. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej (Freund) stwierdzono nietylko przy sprawach stawowych o różnej etjologji, lecz i w zapaleniu nerwu kulszowego i w porażeniu połowiczem. Po ustąpieniu objawów zapalenia nerwu krzywa cukrowa wracała do normy. Ostatnio podobne objawy opisano w złamaniach kostnych. Nieco inaczej zapatruje się na gospodarkę węglowodanową w gośćcu Strauss. Obserwując alimentarną hiperglikemję u reumatyków, nie spostrzegał on żadnych typowych odchyleń od normy poza niewielkiemi opóźnieniami w podnoszeniu i opadaniu krzywej cukrowej. Objawy te spostrzegał jednak tak samo często i w przypadkach neuroz funkcjonalnych i w zaburzeniach wydzielniczych. Strauss przypisuje te drobne odchylenia raczej podrażnionemu układowi wegetatywnemu. Zaznacza jednak, że po usunięciu ogniskowego zakażenia hiperglikemja często ustępowała.

Przechodząc do profilaktyki schorzeń gośćcowych, należy stwierdzić, że zagadnienie zapobiegania schorzeniom o nieznanej i niejednolitej etjologji jest rzeczą niezmiernie trudną. Zagadnienie wiąże się z poszukiwaniem i usuwaniem zakażeń ogniskowych (*sepsis oralis*, Rosenow, Billing, Hunter). W grę wchodzą przedewszystkiem migdałki i zęby; stąd też tendencja do usuwania tych ognisk. Pomijając różnice zdań, większość klinicystów twierdzi, że usuwanie migdałków w przypadkach ostrego gośćca stawowego i jego powikłań daje wyniki pomyślne, podczas gdy w pierwotnie chronicznym gośćcu poprawa należy do wyjątków. Usuwanie zębów w ostrym gośćcu stawowym pozostaje bez wyniku; pomyślne wyniki stwierdzono natomiast w septycznych reumatoidach, które przebiegają nietylko jako monoartryty, lecz i jako poliartryty i nasuwają duże trudności rozpoznawcze. Sprawa ostatecznie nie została rozstrzygnięta. Zgodnie z przeważającym poglądem i nasze doświadczenie szpitalne poucza, że należy migdałki usuwać w tych przypadkach, w których związek przyczynowy z przebytą anginą jest bezsporny. Wywiady odgrywają większą rolę niż przedmiotowe badanie stanu migdałków. Należy wykonywać tonsilektomję po ustąpieniu ostrego okresu, aby uniknąć silnej reakcji. Radykalne usuwanie wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego a nawet grubego jelita, stosowane przeważnie przez klinicystów amerykańskich, u nas nie znalazło wielkiego zastosowania.

Do zapobiegania należy również leczenie klimatyczne i balneologiczne.

Piśmiennictwo:

Bauer: Der sogenannte Rheumatismus. — Behrend: Dtsch. med. Woch. 9. 1933. — Chmielewski: Warsz. Czas. Lek. 1. 1934. — Ćwilichowska: Terap. Arch. T. 9. — Danielopolu, Dimitrin, Cimino-Beranger: Acta Rheumat. 23. 1934. — Feldt, Schöller, Borgwardt, Allardt: Die med. Welt. 1930. — Freund: Zeit. für wissen. Baderk. 10. 1930. — Freund: Wien. Klin. Woch. 11. 1930. — Freund: Warsz. Czas. Lek. 39. 1934. — Freund: Gelenkerkrankungen. — Fischer: Rheumatismus und Grenzgebiete. — Forestier: Le traitement des rhumatismes chroniques. — Forestier: The Lancet. 5795. 1934. — Forestier: Pr. Méd. 40. 1931. — Gellen: Rheumaprobl. 3. 1934. — Goldbaum: W. Cz. Lek. 37. 1932. — Hessel: P. G. Lek. 5. 1934. — Izraelski: D. m. Woch. 30. 1931. — Jankowski: P. G. Lek. 44. 1932. — Kryszek i Wołożyńska: P. G. Lek. 3. 1933. — Kowarschik: W. Kl. Woch. 19. 1932. — Kramsztyk i Ber: Now. Lek. 21. 1934. — Krzewiński: War. Czas. Lek. 12. 1931. — Lotze: Med. Kl. 49. 1934. — Mendel: Ther. Mh. S. 1904. — Maliwa: Wien. Kl. Woch. 43. 1932. — Mester: P. G. Lek. 2. 1935. — Mester: Now. Lek. 1. 1931. — Madison: Dtsch. Arch. klin. Med. T. 176. — Małczyński, Borysiewicz, Toczyski: P. G. Lek. 28. 1932. — Małczyński: P. G. Lek. 28. 1932. — Nusbaum: Medycyna. 16. 1933. — Peker: Lek. Pol. 1933. — Pewsner, Tałałajew, Lewin, Boutin, Sacharowa: Acta Rheumat. 20. 1934. — Papp: Die physikalische Therapie der rheumatischen Erkrankungen. — Thom: Die medikamentöse Behandlung der rheumatischen Krankheiten.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Oskar BLATT, b. sekund. Szpit. Państw. Lwów.

O „Bismuthum oxybenzoicum — Karpiński".

W roku 1921 wprowadzili dwaj uczeni francuscy Levaditi i Sazerac bizmut metaliczny do lecznictwa przeciwkiłowego w miejsce rtęci, która dość często prowadziła do ciężkich uszkodzeń w postaci ciężkich stanów zapalnych w kanalikach nerkowych, wrzodziejących zapaleń błon śluzowych jamy ustnej i przewodu pokarmowego i pozatem spowodu silnej bolesności przy podawaniu domięśniowem była wogóle źle znoszona przez chorych.

Dokładne badanie szkoły francuskiej, a później i innych ośrodków naukowych wykazały wysoką wartość leczniczą bizmutu, szybkie i doskonałe działanie na objawy kiły we wszystkich jej okresach przy stosunkowo nieznacznych działaniach ubocznych w porównaniu z silnie trującą, a znacznie słabiej działającą rtęcią. Jeśli idzie o siłę działania preparatów bizmutowych, zawierających przeważnie 5% metalicznego Bi, to są one tylko niewiele słabsze od arsenobenzolu, który do tej pory zajmuje jeszcze dominujące stanowisko w arsenale środków przeciwkiłowych. Wykazały to liczne doświadczenia porównawcze z ubiegłego dziesięciolecia, w szczególności badania na obecność i znikanie krętków bladych, ustępowanie objawów cierpienia, uzdrowienie odczynu serologicznego we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym.

Rola lekarza w zwalczaniu kiły jest niezmiernie ciężka i odpowiedzialna. Ogromnie ważną rzeczą jest odpowiednio prowadzone leczenie i dobór preparatu, któryby odpowiadał wszystkim wymaganiom dzisiejszej nauki lekarskiej.

Toteż korzystam ze sposobności, ażeby podzielić się z polskim światem lekarskim kilkoma uwagami na temat oceny i wartości polskiego preparatu bizmutowego, wyrabianego odniedawna przez polską wytwórnię Karpińskiego w Warszawie pod nazwą: *„Bismuthum oxybenzoicum — Karpiński"*. Jest to bizmut nierozpuszczalny, spreparowany jako zawiesina mleczno-biała, zawierająca 5% Bi metalicznego. Opakowanie wygodne i praktyczne, bo w ampułkach po 1,5 g i flaszeczkach po 15 g. Preparat ten nie ustępuje w niczem najlepszym a znacznie droższym produktom zagranicznym. Jest niebolesny, szybko się wchłania, nie daje nacieków w miejscu wstrzyknięcia, działa szybko na objawy kiły i odczyny serologiczne.

Dla krytycznej oceny przytaczam krótkie wyciągi z historji choroby niektórych przypadków, w których w miejsce innych preparatów zastosowałem w ostatniem leczeniu *Bi oxy-benz. Karpiński.*

Przyp. 1) L. prot. 1128. Chory S. P., lat 31, zakażenie kiłowe w maju 1934 r. W pierwszem leczeniu mieszanem (Bi-arsenobenzol), około połowy leczenia wystąpił białkomocz i rozpulchnienie śluzówki na dziąsłach. W II leczeniu zastosowałem Bi-*oxybenzoicum* Karpiński. Leczenie przeszło bez incydentów. Odczyny SRW i SG po I leczeniu słabo dodatnie (+), po drugiem ujemne.

Przyp. 2) L. prot. 1161. Chora B. M., lat 43. *Aortitis luetica.* W poprzednich leczeniach po bizmucie osutka toksyczna, utrzymująca się i nawracająca mimo zastosowania środków odczulających i odciążających ustrój. Obecnie zastosowałem z doskonałym wynikiem preparat Karpińskiego.

Przyp. 3) L. prot. 973. Chora E. S., lat 27. Infekcja kiłowa w roku 1932. Ostatnie dwa leczenia uległy przerwie spowodu cięż-

kiej *stomatitis ulcerosa* z objawami ogólnego zakażenia ropnego. Obecnie podczas leczenia preparatem Karpińskiego brak jakichkolwiek niepożądanych objawów.

Zbierając moje skromne spostrzeżenia podkreślam, że preparat *Bismuthum oxy-benzoicum Karpiński* zasługuje na uwagę ze strony lekarzy, gdyż:

1) jest preparatem polskim, nieustępującym najlepszym produktom zagranicy,
2) jest zupełnie niebolesny,
3) nie daje żadnych niepożądanych objawów zatrucia,
4) działa szybko na objawy somatyczne i serologiczne.

Zasługi prof. Antoniego Gluzińskiego na terenie Związku Lekarzy Słowiańskich.

Przemówienie Dr. Witolda Szumlańskiego na Akademji ku uczczeniu Jego pamięci w dniu 25 czerwca 1935 r.

Do wieńca sławy, tak zasłużenie zdobytej przez niezapomnianej pamięci prof. Antoniego Gluzińskiego na terenie działalności naukowej i pedagogicznej, winniśmy wpleść jeden jeszcze liść wawrzynu za zabiegi i długoletnią pracę w organizacji i działalności Związku Lekarzy Słowiańskich.

Idea współpracy słowiańskiej na polu medycyny zrodziła się w Polsce na długo przed wojną, w czasach kiedy nas samych granice polityczne dzieliły na trzy odrębne części i kiedy drogą konspiracji musieliśmy dążyć do duchowego jednoczenia się i łączenia, oraz podstępnie zwalczać przeszkody i burzyć zapory, wznoszone przez wrogie rządy zaborcze.

Jednym z takich skutecznych środków, prowadzących do łączenia się między sobą i z innymi Słowianami były perjodyczne wszechpolskie zjazdy lekarskie, w których mogli brać udział i lekarze-słowianie innych narodowości oraz mogli przemawiać i wygłaszać wykłady w swoim własnym języku. Toteż od początku naszych zjazdów przybywali do nas koledzy-słowianie, a Polacy jeździli do innych krajów słowiańskich i brali czynny udział w pracach naukowych zjazdów.

To były pierwsze podwaliny Zjednoczenia lekarzy słowiańskich, podwaliny bardzo kruche i nierokujące żadnych widoków na utrwalenie.

Dopiero w roku 1910 na Zjeździe lekarzy bułgarskich w Sofji usiłowano podjąć sprawę w sposób bardziej skuteczny. Komitet polski, do którego już wtedy należał prof. Gluziński, przedstawił projekt statutu. Statut ten przyjęto i na jego podstawie wybrano główny wszech-słowiański Komitet Lekarski. W skład Komitetu tego wchodzili delegaci poszczególnych narodowych komitetów słowiańskich. Jednym z członków Komitetu polskiego został z wyboru prof. Gluziński, który odtąd niestrudzenie, prawie do końca życia pracował dla umiłowanej przez się idei.

Niestety jednak i ten Komitet nie zdołał wykazać większej żywotności, głównie spowodu wrogiego stanowiska ówczesnego rządu rosyjskiego.

W rok po zjeździe w Sofji, w r. 1911, odbywał się kolejny Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, na który przybyli wybitni uczeni rosyjscy, prof. Bechterew i prof. Pawłow. W celu wzajemnego zbliżenia i współpracy naukowej wystąpili oni z zaproszeniem, ażeby Polacy oraz inni lekarze słowiańscy, zechcieli wziąć udział w projektowanym Zjeździe lekarskim w Petersburgu w r. 1912. Ale i tym razem projekt zbliżenia spełzł na niczem — szowinizm moskiewski uniemożliwił skorzystanie z zaproszenia.

Władze rosyjskie zgodziły się wprawdzie, napozór chętnie, na to ażeby na Zjazd ten przybyli przedstawiciele innych Słowian, ale jednocześnie wydano zarządzenie, że przemawiać w obradach Zjazdu wolno jedynie i wyłącznie po rosyjsku. Wobec tych zastrzeżeń Polacy odmówili swego udziału w Zjeździe i wybrany w Sofji Komitet faktycznie przestał istnieć.

Od tego czasu upłynęło długich lat 15. — Wybuchła i skończyła się wielka wojna; powstały nowe, pomyślniejsze warunki: wszystkie narody słowiańskie zdobyły niepodległość polityczną.

A skoro tylko po wielkiej burzy dziejowej nastąpiło uspokojenie, podjęto na nowo sprawę wszech-słowiańskiego związku lekarskiego.

Zapoczątkowało ją w czerwcu 1925 roku Jugosłowiańskie Towarzystwo Lekarskie, zapraszając wszystkie narody słowiańskie na doroczny swój zjazd do Dubrownika. Jednym z głównych celów tego zjazdu było ponowne podjęcie prac w celu zjednoczenia lekarzy słowiańskich.

Prof. Gluziński, pomimo wiek już podeszły, przyjął obowiązki przewodniczącego delegacji polskiej, wyłonionej z grona członków Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego i Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego.

Sama obecność tak poważanego i cieszącego się ogólnym szacunkiem przedstawiciela naszego kraju wysunęła delegację polską na przodujące stanowisko. Przemówienie powitalne profesora Gluzińskiego, przedstawiające w zarysie historycznym przebieg dotychczasowych prac, zmierzających do utworzenia Związku lekarzy słowiańskich, zakończył szanowny profesor propozycją, ażeby obecnie w warunkach wykluczających zakazy i niespodziewane przeszkody, zawiązać nowy Komitet, złożony z delegatów towarzystw lekarskich słowiańskich i polecić mu jaknajspieszniejsze doprowadzenie do zjednoczenia.

W wyniku tego przemówienia i po wyczerpującej dyskusji Zarząd Jugosłowiańskiego Towarzystwa Lekarskiego otrzymał mandat zorganizowania takiego Komitetu drogą porozumienia się ze wszystkiemi towarzystwami słowiańskiemi, które mają w tym celu wybrać po dwóch delegatów.

Oczywiście prof. Gluziński był jednym z delegatów polskich i przewodniczącym całej delegacji.

Delegaci zjechali się w r. 1926 w Belgradzie i tu obradowali nad dalszą organizacją Związku. Czcigodny nasz delegat przedstawił konkretny projekt dalszych prac; projekt ten uzyskał aprobatę zebranych, a wniosek, aby pierwszy wszechsłowiański Zjazd lekarski odbył się w Warszawie w r. 1927 z aplauzem uchwalono jednomyślnie. W samym toku obrad delegacja polska przez usta swego przewodniczącego zobowiązała się wypracować statut Związku i przedstawić go do zatwierdzenia. W redagowaniu tego statutu prof. Gluziński brał udział bardzo czynny; wielkie zadowolenie moralne osiągnął, gdy statut został przyjęty i zatwierdzony na Zjeździe warszawskim, gdyż od tej dopiero chwili zaczął istnieć ulegalizowany Związek Lekarzy Słowiańskich.

Za te wszystkie prace przygotowawcze, za organizację i sprężyste prowadzenie Zjazdu w Warszawie, spotkała Go zasłużona nagroda i owacja: wśród serdecznych dowodów uznania został jednogłośnie przez aklamację wybrany na pierwszego honorowego członka Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy i na prezesa honorowego wszystkich Zjazdów lekarzy słowiańskich.

Po tem zaszczytnem odznaczeniu prof. Gluziński ustąpił ze stanowiska czynnego prezesa Zarządu Głównego Związku, ale bynajmniej nie spoczął na zdobytych laurach: do końca życia był czynny, brał wybitny udział w następnych Zjazdach w Pradze czeskiej, w Splicie i w Poznaniu; a póki Mu tylko sił i zdrowia starczyło, nie odmawiał ani współpracy swej ani rady.

Zasługi prof. Gluzińskiego na omawianym terenie pracy są wielkie i z czcią wspominać o nich będą do końca życia współcześni świadkowie jego niestrudzonej działalności, a dla potomnych będą one po wieczne czasy zapisane złotemi głoskami na karcie dziejów Zjednoczenia Lekarzy Słowiańskich.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna. Nr. 11. 1935. Ławrynowicz A.: Niektóre zagadnienia mikrobiologji i epidemjologji duru brzusznego w świetle nowych badań. — Węgierko J.: Wpływ niedocukrzenia krwi na przebieg dychawicy oskrzelowej. — Burak M. i Pomeranc L.: Przypadek przedziurawienia przegrody międzykomorowej w następstwie zawału mięśnia sercowego. — Michałowski M.: W sprawie choroby posurowiczej, jej zapobiegania i leczenia. — Zahorski K.: Dwa przypadki moczówki prostej. — Frydman J.: Ogólne zasady leczenia dietetycznego cukrzycy. — Grycewicz M.: Organizacja walki z gruźlicą we Francji.

Młoda Matka. Nr. 12. 1935. Wiszniewski J.: Technika hartowania dzieci najmniej odpornych. — Pozatem zawiera ten numer inne zajmujące artykuły w dziale lekarskim, pedagogicznym i praktycznym.

Kosmos. Z. I—IV. (Część II.). 1932. Serja A. Rozprawy.

Kosmos. Z. IV. 1933. Serja B. Ramułt M.: Powstawanie nowych ras i gatunków w świetle badań nad partenogenezą. — Weyberg Z.: O kierunku ogólnym reakcyj geochemicznych. — Zieliński M.: Wpływ miękkich promieni Roentgena na bakterje.

Kosmos. Z. III. 1933. Serja B.

Kosmos. Z. II. 1933. Serja B. Passendorfer E.: Gatunek i rodzaj w paleontologji. — Malarski T.: Zygmunt Wróblewski i Karol Olszewski (w 50-tą rocznicę skroplenia gazów

trwałych przez uczonych polskich). — Szymkiewicz D.: Szkice z morfologji roślin.

Kosmos. Z. I. 1934. Serja A. Rozprawy.

Kosmos. Z. I. 1934. Serja B. Krzemieniewski S.: Michał Boym jako botanik (w 275 rocznicę jego skonu). — Smreczyński St.: Determinizm wczesnego rozwoju owadów. — Kemula W.: Reakcja chemiczna w świetle nowszych poglądów.

Kosmos. Z. II. 1934. Serja A. Rozprawy.

Kosmos. Z. II. 1934. Serja B.

Kosmos. Z. III. 1934. Serja B. Szymkiewicz D.: Szkice z morfologji roślin. — Poczter A.: Prawo szeregów homologicznych Wawiłowa. — Trzebiatowski W.: O przemianach fizyko-chemicznych w metalach i ich stopach. — Szymkiewicz D.: W sprawie organizacji przyszłego Zjazdu przyrodników i lekarzy.

Kosmos. Z. IV. 1934. Serja B. Listowski A.: Zagadnienie wyradzania się u roślin. — Becker W. A.: Zarys badań nad hodowlą tkanki roślinnej in vitro. — Kuntze R.: Problemy zoogeograficzne Pienin.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 24. 1935. Strażewicz W. J.: Wyniki selekcji kozłka lekarskiego.

Przemysł Chemiczny. Nr. 4. 1935. Otwinowski Zdz.: Badanie własności przyspieszacza „100" produkcji krajowej firmy „Diosyt". — Fischler J.: Obliczenie sprawności aparatów w fabryce kwasu siarkowego sposobem kontaktowym. — Drewski K.: Potencjometryczne oznaczanie liczby jodowej. — Koss A.: Miano stałych tłuszczów zwierzęcych i ich mieszanin. — Milewski J.: O kwalifikacjach kierowników fabryk chemicznych. — Królikowski J.: Praktyczny odciągacz cieczy.

OCENY.

Précis de Chimie biologique médicale. Paul CRISTOL. Masson & C-ie Editeurs 1935.

Podręcznik ten stanowiący jeden z szeregu obejmującego wszystkie dziedziny nauk lekarskich zaleca się swoją zwięzłością i obszernością zarazem. Jak wszystkie książki francuskiej szkoły jest on źródłem bardzo licznych wiadomości i stosunkowo mało obszernej krytyki. Autor zresztą sam na wstępie zaznacza, że nie zamierza dawać całości tej wiedzy, rozumiejąc przez „całość" zapewne ocenę procesów biologicznych i wyjaśnienie związku, jaki między ciałami chemicznemi a sprawami ustroju zachodzi. Ogranicza się zatem do podania niejako materjału, z którego buduje się ustrój, nie wdając się w przebieg procesu. Nie znaczy to jednak, aby i tu brak było wskazówek i przykładów. Zatem — jak już wspomniano — książka odznacza się niezwykle obszernemi wiadomościami i wiadomościami najświeższej daty. Część pierwsza poświęcona jest omawianiu składników ustroju, przyczem liczne tablice umożebniają ocenę tego, gdzie i w jakiej ilości pierwiastek dany się znajduje. Mamy więc wykazy ciał, które odznaczają się zawartością cynku, czy boru, mamy liczne szematy rozkładu i budowania ciał w ustroju i dokładne wyliczenie z podaniem źródeł wszystkich najnowszych zdobyczy w dziedzinie witamin, karotenu, barwików i t. p. Chemja fizyczna, a raczej fizyko-chemiczne procesy ustroju są traktowane krótko ale wszechstronnie i dokładnie. Zarówno stan koloidalny jak i równowaga jonów wodorowych uwzględnione są w należytej mierze. Obszerne i wyczerpująco omówione są węglowodany, potem ciała tłuszczowe i białka, przyczem nietylko ich skład ale i przyswajanie i pochodne znajdują ocenę i słowem jest to podręcznik, który pozwala uczącemu się zapoznać się z najważniejszemi sprawami w najnowszem oświetleniu, a obeznanemu z przedmiotem pozwoli przypomnieć sobie nowe i dawne zdobycze wiedzy.

Moraczewski (Lwów).

Liczby, Dane i Tabele w codziennej praktyce lekarskiej. Dr. med. H. LANDAU. Wydawnictwo lekarskie „Eskulap" Sp. z o. o. Warszawa. Bibliotheca Medica. Tom VI. styczeń 1934, str. 132.

Książka ta jest bardzo pożyteczna ze względu na zebranie w stosunkowo niewielkiej objętości najważniejszych wiadomości dotyczących praktyki lekarskiej. Przypuszczać należy, że sczasem uzupełniona zostanie w niektórych rozdziałach, a skrócona w innych. Jako pierwsza próba tego rodzaju zasługuje na rozpowszechnienie i napewno odda pewne usługi. Mimo to nie można nie zwrócić uwagi na pewne niedomówienia i może zbyteczną rozciągłość innych rozdziałów. Naprzykład uważaćby można, że poświęcono za mało miejsca i uwagi powierzchni ciała i jej stosunkowi do potrzeb kalorycznych, szczególniej wobec tak szczegółowych i pożytecznych wiadomości o stosunku wagi do innych miar ciała. (str. 17 do 19). Sprawie dawkowania poświęcono aż 13 stron, a obliczaniu ilości kropel, które odpowiadają napięciu powierzchni i zależą od rozczynu — wyskok, czy woda lub olej i mało zmieniają liczbę zależnie od rozpuszczonego środka — tej ilości kropel dano może zbyt wiele miejsca. Zapewne uporządkowanie wedle alfabetu miało na celu łatwiejsze szukanie, ale wskutek tego „Niemowlę" otrzymało osobną rubrykę żywienia, a „Dzieci Żywienie" osobną. „Pożywienie" bardzo zresztą szczegółowo traktowane i podające dziesięć diet odchudzających, mogłoby się zlać z poprzednio wymienionemi rozdziałami. W rozdziale o sercu spodziewaćby się można było podania objętości wyrzutowej, albo wzmianki o kardjogramie lub objętości krwi, z których pierwsza podana jest pod tytułem „Krew". Są to jednak drobne usterki, które znikają wobec pożyteczności dzieła i wobec licznych pracowicie zebranych danych.

Moraczewski (Lwów).

Mózg i jego mechanizm. I. P. PAWŁOW, C. SHERRINGTON, E. ADRIAN. (Laureaci Nobla). Warszawa Nakładem Mathesis Polska 1935.

Przekład dokonany przez PP. J. Konorskiego & S. Millera obejmuje odczyt wygłoszony przez E. D. Adrian-a w Leicester na posiedzeniu Sekcji Fizjol., odczyt Sir Ch. Sherrington'a wygłoszony w Cambridge i cztery artykuły I. P. Pawłowa będące streszczeniem mów wygłoszonych w Madrycie na Kongresie Międzynarodowym Lekarskim 1903 r., na XII Zjeździe Przyrodników i Lekarzy w Moskwie 1909, na XIV Zjeździe Fizjologów w Rzymie 1932 i artykułu ogłoszonego w amerykańskiem piśmie „Psychologies" w 1930. Pierwszy artykuł Adriana dotyczy czynności komórek nerwowych szczególniej ich zmian elektrycznych, które jako „fale komórek nerwowych" wywołują pewne rytmicznie się powtarzające zmiany, które możnaby porównać do rytmu serca, wyrażające się zmianami w korze mózgowej. Drugi pisany przez Sherringtona, w którym badacz ten szuka związku pomiędzy formą a czynnością pobudek, uważając bodźce jako sygnały powtarzające się w pewnych punktach i wywołujące hamowanie i pobudzanie ruchów mięśni. Wreszcie Pawłow zdaje niejako sprawę ze swoich długotrwałych doświadczeń nad zjawiskami, które nazwał umówionemi lub warunkowemi odruchami. Z temi odruchami łączy Pawłow wszystkie czynności mózgu, który nazywa wyższemi czynnościami układu nerwowego. Książka ta daje obraz obecnego stanu nauki o czynnościach systemu nerwowego i zasługuje na zainteresowanie się nią tych wszystkich, którzy z postępami nauki zaznajomić się pragną.

Moraczewski (Lwów).

Rozszerzenie granic medycyny szkolnej. (Die Grenzerweiterung der Schulmedizin). W. ZABEL. Hippokrates - Verlag. Stuttgart 1934, 149 str., cena 4,25 marek niem.

Książka, która nosi tytuł powyższy, jest napisana z sercem człowieka-lekarza. Na każdej niemal stronicy czytelnik odczuwa powagę i znaczenie problemów i zagadnień naszego bytu, oraz widzi, jak dojrzały owoc światopoglądu lekarskiego jest rezultatem długich i wiernych poszukiwań prawdy, pokornych obserwacyj cudów przyrody. Czy kierunek „medycyny biologicznej" jest w rzeczywistości tą drogą, prowadzącą do szczęścia i pełnego zadowolenia z naszej pracy lekarskiej, pokaże dopiero przyszłość. Ewolucja naszych poglądów, wziętych ze sal wykładowych i pracowni klinicznych, może nastąpić mojem zdaniem tylko bardzo powoli. Przesądy nasze, lekarskie, są tak samo mocno zakorzenione jak u innych ludzi, mimo że mechanizmy psychiczne nie są nam obce, i wiemy — teoretycznie — jakby się tych przesądów należało pozbyć; drogą syntezy! Syntezy starego dorobku naszego stanu ze zdobyczami nowemi. Objektywizmem: szeroko otwórzmy zwoje naszych zmysłów i obserwujmy! A potem niech rozum i rozsądek wyciągnie konsekwencje dla dobra cierpiących! — Idealizm autora jest tak porywający, że przeczytałem pracę jego prawie jednym ciągiem. Mimo, że byłem zgóry krytycznie nastawionym (miałem przecież napisać recenzję). Dużo znalazłoby się też kwestyj spornych, tematów do dyskusji, — ale redakcja, dzieląc się z czytelnikiem wrażeniami po przeczytaniu tej pracy, nie zamierza prowadzić dyskusji. Chce tylko wskazać, że jest coś nowego. Tu jest głos, wołający w pustyni naszej codziennej, i tem bardziej bolesnej, rozpaczy lekarskiej. Rozpaczamy przecież codziennie nad faktem, że choroba i śmierć są silniejsze od naszej woli i najlepszej chęci. A tu nam autor wskazuje małą furtkę, wyjście do lepszego jutra sztuki — i bytu lekarskiego. Świętym obowiązkiem każdego, który siebie uważa za lekarza w najwyższem tego słowa znaczeniu, jest zbadać wszelkie możliwości, mogące nas

wyprowadzić z chaosu naszej dzisiejszej egzystencji. Ubolewamy nad faktem corazto większych sukcesów znachorów - analfabetów lub też znachorów - odszczepieńców naszej własnej rodziny lekarskiej. Badajmy podstawy tego dziwnego powodzenia; nie szukajmy dowodów dla naszych teoryj naukowych w życiu, tylko obserwujmy bez przesądu i bez autyzmu! Życie samo, tak przebogate, daje nam tysiące możliwości leczniczych. (Bo tylko o stanowisko lecznicze tu chodzi, o pomoc cierpiącym). I z tego punktu wyjściowego, z oceny tego dziwnego powodzenia ludzi, niebędących wcale przygotowanymi do zawodu lekarskiego, dojdziemy do zrozumienia własnych niepowodzeń i własnych błędów. Podstawowem żądaniem autora jest: chcąc uczciwie postępować i być pożytecznymi członkami naszego społeczeństwa, uczmy się od tych, którzy pracą swoją dowiedli, że można się od nich czegoś nauczyć, a nietylko od tych, którzy posiadają *veniam legendi* jednego z uniwersytetów. Począwszy od lecznictwa fizykalnego dawnych lekarzy, poprzez dietetykę, zioło - lecznictwo i homeopatię budować możemy lecznictwo pełnowartościowe i stać się lekarzami pełnowartościowymi.

Powiedziałem na wstępie, że praca Zabla świadczy o dziwnie szczerym subjektywizmie, że odczuwa się przy czytaniu jakoby ból autora spowodu upadku naszej szlachetnej sztuki i jej adeptów. Subjektywizm ten, oraz zabarwienie polityczne wywodów, utrudniają nieco czytelnikowi polskiemu wnikanie w myśli autora. W każdym razie jednak daje nam dużo do myślenia. Kto z nas jest świadom granic medycyny szkolnej, ciasnoty tych granic, ten niech sięgnie po pracę Zabla. Widzimy przez okno jego światopoglądu Nową Ziemię. Czy przyniesie nam plony?

Obständer (Bielsko).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Tematy ogólne.

„Przedsiebiorstwa komunalne wywozu i utylizacji odpadków domowych" (stosunki polskie i wzory zachodnie). Studjum z zakresu ekonomiki komunalnej. Leon Władysław BIEGELEISEN. Warszawa 1935. Wydawnictwo Samorządu miejskiego. Str. VI. 160.

Sprawa bezpylnego wywozu i racjonalnego użytkowania odpadków domowych ma szczególnie doniosłe znaczenie dla miast polskich, które nie wyłączając stolicy w tej mierze wykazują w tej dziedzinie polityki komunalnej niedopuszczalne często zaniedbania.

Prof. Biegeleisen w szeregu studjów poświęconych poszczególnym działom ekonomiki komunalnej, zajął się obecnie w obszerniejszych wywodach zagadnieniem racjonalnego oczyszczania miasta z odpadków domowych. Autor omawia podstawy prawno - administracyjne zagadnienia, dalej ustala szczegółowo na tle wzorów zachodnich systemy bezpylnego usuwania śmieci domowych, różnicując między stolicą i większemi miastami, a mniejszemi osiedlami. Szczegółowo są traktowane ze stanowiska ekonomicznego kosztorysy i rentowność głównych systemów wywozu z uwzględnieniem taboru konnego i samochodowego, typów wozów i blaszanek. Specjalny nacisk położony jest na systemy utylizacji odpadków domowych, więc urządzenia wysypiskowe, racjonalne ich utrzymanie oraz użytkowanie rolniczo - nawozowe, wreszcie sortowanie cenniejszych części śmieci i pozostałe systemy zużytkowania odpadków domowych. Również obszerniejsze wywody wraz z kalkulacją rentowności poświęcone są kwestji spalania i przetapiania śmieci ze szczególnem uwzględnieniem możliwości polskich w tym kierunku.

Autor stoi na stanowisku, iż ta dziedzina eksploatacji komunalnej powinna pozostać w ręku zarządu miasta, dając na to bogate przykłady ze stosunków angielskich, niemieckich i t. d. W omówieniu jednak sfinansowania tej niezbędnej dla miast polskich dziedziny, przewiduje w pewnych warunkach korzystanie z kapitału krajowego i zagranicznego, kreśląc formy sposobu korzystania z tego kredytu. Pracę Prof. Biegeleisena kończy organizacja służby wywozu i utylizacja odpadków domowych, przyczem autor stwierdza konieczność scentralizowania całej polityki „śmieciowej" t. j. wywozu i utylizacji na wzór stosunków angielskich w jednej placówce centralnej.

Praca Prof. Biegeleisena obejmuje część ogólną i część szczególną, traktuje zagadnienie bezpylnego wywozu i utylizacji nietylko z punktu widzenia teoretycznego, lecz i z punktu widzenia potrzeb realizacyjnych miast polskich, które znajdą tu wyczerpujący materjał zbliżający je ku racjonalnemu rozwiązaniu omawianego zagadnienia. Zwłaszcza cenne są krytyczne uwagi autora co do szeregu systemów utylizacji zbyt pochopnie przeszczepianych z wzorów obcych na nasze stosunki, dalej konstrukcyjne ujęcie samego zagadnienia z punktu widzenia ekonomiki komunalnej, szukając w rozwiązaniach nietylko celowości, ile możliwych oszczędności i opłacalności wysiłków. Zasadą przyświecającą całości jest konieczność uwzględnienia w rozwiązaniu zagadnienia ściśle miejscowych stosunków gospodarczych, technicznych i sanitarnych. Ogólne zasady ustalone w tym kierunku winny być w konkretnych wypadkach dostosowane do lokalnych warunków drogowych, gęstości zaludnienia, systemów zabudowania i t. d.

Praca Prof. Biegeleisena, który miał możność dotknięcia zagadnienia ze strony wybitnie praktycznej, stojąc na czele komisji powołanej swoiego czasu przez nowy zarząd miasta dla zbadania problemu wywozu i utylizacji odpadków domowych, niezbędna jest dla zarządów miast, działaczy społecznych, zarządów przedsiębiorstw miejskich, organów sanitarnych, ekonomistów komunalnych, słowem dla tych wszystkich, którzy ze stanowiska swej działalności stykają się bezpośrednio lub pośrednio z eksploatacją komunalną.

S. (Warszawa).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Płonica wśród chorych na błonicę. FRYDMAN i KARGANOWA. Sowieckaja pediatrja. Tom 2. 1935.

Autorzy analizują zapadalność na płonicę wśród chorych błoniczych na klinice dziecięcej w Moskwie.

Odosobnienie I-go przypadku i dezynfekcja sali nie zapobiegała następowym zachorzeniom. Zawleczenie płonicy następowało przez 1) przypadek płonicy przyjęty jako błonica, przez 2) nosicieli, i 3) ktoś z personelu z bezwysypkową płonicą. Autorzy nie godzą się z Danilewiczem, twierdzącym, że wysypka posurowicza w błonicy wpływa na zachorowanie na płonicę, gdyż osłabia odporność ustroju i tem prowokuje płonicę. Co do trudności rozpoznawczych między wysypka posurowiczą a płonicą to w przypadkach, w których jednocześnie z drobną płonicą wysypką na tułowiu, występowała mącąca obraz posurowicza na kończynach we wszystkich przypadkach tych, mieli do czynienia z płonicą, co zostało potwierdzone dalszym przebiegiem. Autorzy nie widzieli drobnoplamistej przypominającej płonicą wysypki, po wprowadzeniu surowicy Dicka. Przyłączenie się płonicy do błonicy nie nasila procesów porażeniowych. Ciężkie schorzenie na błonicę łączy się w 45,9% z ciężką płonicą.

Przy zakażeniu mięszanem cyfra śmiertelności wzrasta według autorów w dwójnasób. W niektórych przypadkach widzą jasno, że pod wpływem zakażenia płonicą łagodna miejscowa postać błonicy przyjęła jadzicowy charakter i spowodowała śmierć dziecka.

Dlatego w przypadkach mieszanych zakażeń, autorzy uważają, że należałoby stosować leczenie bardziej od dotychczasowego intensywne jak: surowicę Dicka, hemoterapję, przetaczanie krwi, surowicę ozdrowieńców i t. p. Ponieważ te sposoby walki, które dotąd stosowali, jak dezynfekcja sal, odosobnienie chorych, nie dają wyniku, autorzy proponują przyjmowanie nowych dzieci do boksów, dokładną analizę przypadków, bierne uodpornienie surowicą Dicka i normalną ludzką surowicą.

Dr. Jaskólska (Kraków).

Leczenie niedorozwoju płciowego chłopców. SEXTON. Endocrinology, XVIII, 1, 1934.

W celu powyższym wstrzykuje autor wśródmięśniowo hormon przedniej części przysadki mózgowej z moczu kobiet ciężarnych. Następuje wówczas powiększenie objętości narządów płciowych oraz zaznaczają się wyraźniej wtórne znamiona płciowe. Na sześć przypadków wnętrostwa zauważył autor w czterech zstąpienie jąder.

A. Abdański (Krzemieniec).

O czynności mięśni oskrzelowo-płucnych. MENOZZI LIBERO. Lott. c. tuberc. Nr. 3. 1935. Str. 255—268.

Według Luisada'y mięśnie oskrzelowo-płucne kurczą się przy wydechu a rozszerzają przy wdechu, przyczem fala skurczowa przebiega od *infundibulum* do tchawicy, a fala rozkurczowa od tchawicy do *infundibulum*. Oskrzela zatem brałyby czynny udział w wentylacji płuc. Przeciwnie autor dochodzi do odmiennych wyników. Według niego skurcz mięśni oskrz. zwiększa oporność ściany oskrzeli wobec ciśnienia powietrza wdychanego, w odcinkach zaś, gdzie ściana oskrzeli pozbawiona jest rusztowania chrząstkowego, następuje zacieśnienie światła tych drobnych oskrzelików przy równoczesnem wydłużeniu ich w osi podłużnej. To wydłużanie się oskrzeli w czasie wdechu, kiedyto płuco zwiększa swą objętość o 1/3, nie jest aktem biernym, t. j. nie polega na mechanicznem wyciągnięciu oskrzeli, lecz jest aktem czynnym, t. zn. przychodzi do skutku spowodu pogrubienia

mięśni okrężnych oskrzel., które przy skurczu stają się szersze. Zwiększenie oporności ściany oskrzeli dzięki napięciu mięśniowemu w czasie wdechu jest rzeczą bardzo ważną, gdyż siła, z jaką wpada powietrze do klatki pierś. wynosi średnio u mężczyzn 220—280, u kobiet zaś 120—160 mm Hg., czyli równa się 1/3 ciśn. atmosfer. lub 3,40 m słupa wody albo 0,340 kg. Przy wydechu siła ta jest 3 razy słabsza, wynosi bowiem 70—85, lub 40—60 mm Hg. Im silniejszy wdech i tem samem różnica ciśnień nazewnątrz i nawewnątrz klatki, tem większa szybkość powietrza wdychanego, jego energja kinetyczna i zarazem moc urazowa dla oskrzeli a przedewszystkiem dla rozdętych pęcherzyków płucnych. Skurcz drobnych oskrzelików z zacieśnieniem ich światła osłabia siłę uderzenia powietrza, pozwalając na napełnienie się pęcherzyków tylko drobnym strumykiem powietrza. Z drugiej znów strony powietrze, wpadając z wąskich przewodów oskrzeli do rozszerzonych pęcherzyków, traci swą siłę uderzenia, wyczerpując się na wytworzenie wirów powietrznych w pęcherzykach. W czasie wydechu występują zmiany odwrotne: zwiotczenie oskrzeli, rozszerzenie ich światła i skrócenie ich długości. One ułatwiają wydech i dzięki nim czas wydechu do czasu wdechu pozostaje jak 14 : 10, pomimo że siła wydechu do wdechu pozostaje jak 1 : 3. Autor znajduje potwierdzenie swych badań w zachowaniu się oddechu pęcherzykowego, oddechu przerywanego, napadu astmy i działaniu adrenaliny na mięśnie oskrzelowe.

Oddech pęcherzykowy według autora tłumaczy się szmerem spowodu wpadnięcia cieńkiego strumienia powietrza z zacieśnionych oskrzelików przez skurcz mięśni oskrzelowych w czasie wdechu do rozszerzonych pęcherzyków płucnych. Dlatego też u wagotoników z przerosłą i hipertoniczną mięśniówką oskrzeli, gdy są leczeni odmą, słyszy się po drugiej stronie zaakcentowanie szmeru oddechowego *(respiro abbondante)*. Natomiast przy hipotonji dowolnych i mimowolnych mięśni oddech jest osłabiony *(respiro oscuro)*. Również oddech przerywany tłumaczy się grą mięśni drobnych oskrzeli, których błona śluzowa znajduje się w stanie obrzmienia a nie zaczopowaniem tych oskrzeli przez zator śluzowy, gdyż w takim razie niezrozumiałeby było występowanie tego oddechu tylko w czasie fazy wdechowej, a znikanie w fazie wydechowej. Gdy się zaś zjawi silny i trwały skurcz oskrzeli, jak to ma miejsce w czasie napadu astmy, wtedy następuje wydłużenie oskrzeli, i duszność wydechowa, gdyż słabe siły wydechowe nie wystarczają do odprowadzenia z płuc powietrza, gdy oskrzela są skurczone. Adrenalina przerywa napad, ponieważ znosi skurcz mięśni oskrzelowych. Autor dochodzi wkońcu do wniosku, że nerw błędny jest nerwem wdechowym, który sprowadza skurcz mięśni oskrzelowych, podczas gdy nerw współczulny jest nerwem wydechowym, który rozszerza oskrzela. *Z. Skibiński* (Zakopane).

Przyczynek do wczesnego rozpoznania choroby Heine-Medina. E. WIELAND. Kinderärztliche Praxis. Zeszyt 2. 1935.

Na podstawie analizowania 21 przypadków w przedporażennem stadjum choroby, autor wskazuje na objawy, które dzieli na 1) ogólne i 2) miejscowe, a które mają znaczenie dla wczesnego rozpoznania.

Do ogólnych należy każde wzrastające nieumotywowane osłabienie mięśniowe, aż do powtarzających się potknięć i upadków u przedtem zupełnie zdrowego dziecka, niekiedy ból mięśni, czasem ból stawów, który często za reumatyczny jest brany, niecharakterystyczne pocenie się i przeczulica. To stadjum podpełzania choroby może trwać 2—14 dni i dłużej.

Do miejscowych albo zlokalizowanych objawów autor zalicza 1) objaw Lasègue: niemożność bezbolesnego wyprostowania kolana przy jednoczesnem zgięciu w stawie biodrowym, 2) objaw Spine, 3) *meningismus*. Naturalnie dla potwierdzenia rozpoznania służy punkcja lędźwiowa.

O leczeniu surowicą rekonwalescentów nic pewnego nie można powiedzieć; chcąc żeby ona dała rezultat, musimy się tem bardziej starać o wczesne rozpoznanie.

Dr. Jaskólska (Kraków).

Rzadki przypadek uwięzgnięcia przepukliny u oseska. E. ACEL. Kinderärztliche Praxis. Zesz. 2. 1935.

Ernest Acel podaje przypadek dotyczący 6-miesięcznej dziewczynki z wrodzoną przepukliną, u której kaszel przy zapaleniu oskrzeli wywołał uwięzgnięcie przepukliny.

Na operacji znaleziono w zawartości przepukliny — oprócz jelita ślepego, oprócz już cyjanotycznego wyrostka robaczkowego część sieci większej, jajnik z trąbką i część więzadła szerokiego.

Po odprowadzeniu i wycięciu wyrostka robaczkowego zapobiegawczo podano 1 cm³ transpulminy. Po 12-godzinnej diecie wodnej odżywiano dziecko odstrzykniętem mlekiem matki i sokami owocowemi, głównie z jabłek. Towarzyszące zapalenie oskrzeli zwalczano głównie wziewaniami terpentynowemi. Dziecko odeszło po 8 dniach — wyleczone.

Dr. Jaskólska (Kraków).

Rozstrzeń oskrzeli u dzieci. Otto WEISE. Kinderärztliche Praxis. Zesz. 2. 1935.

Autor spostrzegał 600 przypadków rozstrzeni oskrzeli u dzieci do lat 15. W istniejącym ciągle sporze, czy to cierpienie jest wrodzone czy nabyte, autor wypowiada się za nabytem, a wrodzona rozstrzeń oskrzeli zdarza się nadzwyczaj rzadko, mylnie natomiast zaliczają do wrodzonych — cysty płucne i płuca — jak plaster miodu *(Wabenlungen)*.

Początek tych nabytych zmian według Tendeloo sięga często do najwcześniejszego dzieciństwa.

Momentem wyzwalającym bywają stany zapalne: jak zapalenie oskrzeli, oskrzelików, ropiejące zapalenie płuc, zapalenie płuc zachłystowe, wetchnięcie ciała obcego i t. p.

Umiejscowienie rozstrzeni oskrzeli głównie w lewym dolnym płacie autor wyjaśnia częstem zwężeniem lewego głównego oskrzela (na 350 obrazów bronchografji 2/5 wykazywało to zwężenie) spowodowanem przez ucisk gruczołów okołotchawiczych, zropienie, przebicie do oskrzeli, lub owrzodzenie błony śluzowej oskrzeli.

Jako dość rzadko spotykane podaje rozsiane rozstrzenie oskrzeli, które obrazem rentgenologicznym przypominają gruźlicę prosówkową, a które powstają na skutek prosówkowego zapalenia płuc — odrowego.

Następnie rozstrzeń oskrzeli rozwija się na podłożu rozsianej formy gruźlicy, jak też i po zmianach wczesnych i zapaleniu opłucnej. Społeczne czynniki jak złe, wilgotne mieszkanie, sprzyjające do zaziębień, nieleczenie nabytych zap. oskrzeli, długotrwałe zap. oskrzeli u dzieci krzywiczych, mogą również być momentem wyzwalającym.

Vogt podkreśla częstość neuropatyj, mniejszą wartość duchową i matolkowatość u dzieci cierpiących na rozstrzeń oskrzeli.

Dr. Jaskólska (Kraków).

Stosowanie dużych dawek koraminy przy grożących uduszeniach. WIMPLINGER F. Münch. med. Wschr. Nr. 2. 1935.

Autor podaje przypadek ciężkiego i długotrwałego porażenia ośrodka oddechowego na skutek utonięcia. Zastosowana strofantyna i lobelina nie dały żadnego wyniku, koramina podana w dużych dawkach najpierw 5 cm³ dożylnie, po 10 minutach 10 cm³ dożylnie, po 2—3 godz. 10 cm³ domięśniowo uratowały choremu życie. Drugi przypadek dotyczy samobójcy otrutego 4 cm³ 3% morfiny, 5 cm³ opjum w zastrzykach i 3 g weronalu. Strofantyna i lobelina nie odniosły skutku, zastosowana koramina w dużych dawkach — 45 cm³ koraminy podane w ciągu 24 godzin i to przeważnie dożylnie — uratowała również choremu życie. Koramina jest środkiem wybitnie działającym na ośrodek oddechowy, na napięcie ścian naczyniowych i skutecznym środkiem w otruciu związkami barbiturowemi, opjum i kwasem węglowym. *Dr. F. Mikulska* (Warszawa).

Przeciwkurczowe i przeciwbólowe środki w stosowaniu dożylnem. OLIVET J. Med. Welt Nr. 43, str. 1529. 1934.

Autor odpowiada na pytanie, jakie przeciwkurczowe bądź przeciwbólowe środki mogą być użyte dożylnie w kolce nerkowej i żółciowej. Przeciwkurczowe papaweryna, eupaweryna i *octinum* nie nadają się do wstrzykiwania śródżylnego, bowiem powodują gwałtowny spadek ciśnienia krwi. Najlepiej znoszonemi preparatami tej grupy są eupaweryna Mercka i syntropan Roche, choć wogóle odradza się stosować dożylnie środki przeciwkurczowe. Aby uczynić je mniej szkodliwemi, zaleca się stosować je dożylnie w 2% roztw. glukozy.

Ze środków przeciwbólowych do użytku śródżylnego nadaje się nowalgina (1 amp. 2 cm³), która niekiedy działa błyskawicznie w najrozmaitszych kolkach i dlatego zaoszczędza stosowanie narkotyków jak morfina i inne. Podobne działanie wykazuje cybalgina, której 1 amp. 2 cm³ dożylnie przerywała niejednokrotnie ciężki napad dusznicy bolesnej.

Dr. Wl. Kurowski (Warszawa).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Postępowanie przy znieczuleniu lędźwiowem w celu uniknięcia powikłań. A. HIRSCHBERG. Technique Chirurgicale, grudzień 1934.

Znieczulenie lędźwiowe perkainą. Autor podaje, że jednym z najlepszych środków używanych do znieczulenia lędźwiowego jest perkaina. Zalety jej działania są: 1) zupełne zwolnienie

mięśni, 2) długotrwałość znieczulenia, 3) brak objawów zatrucia przy dawkach stosowanych, oraz możność powtórzenia znieczulenia u tego samego chorego 2 do 3 razy bez powikłań.

Autor używa roztworu perkainy 1 : 1500, wstrzykuje pomiędzy kręgi L_3 i L_4; zależnie od dawki otrzymuje znieczulenie bądź górne, sięgające do kręgu D_4, lub dolne, ograniczone linją pępkową.

Ażeby uniknąć powikłań, należy zachowywać przy znieczuleniu pewne ostrożności. Chorzy, których stan ogólny pozostawia wiele do życzenia jak anemiczni, z cierpieniami dróg żółciowych, wątroby, nerek, serca oraz hipotonicy, muszą być wykluczeni.

Z chorymi ponad 50 lat należy być bardzo ostrożnym. Podwyższona ciepłota nie jest przeciwwskazaniem do znieczulenia.

Technika znieczulenia. 1. Do znieczulenia używano perkainy 1:1500 w 0,5% roztworze hipobarycznym soli kuchennej (Na Cl). 2. Na godzinę przed operacją dawano pantopon lub morfinę, a na ½ godz. 0,03 g efedryny. 3. Położenie chorego na boku lewym lub prawym — zależnie od miejsca zabiegu. 4. Strzykawka szklana, igła do punkcji lumbalnej 10/10 krótko-ścięta, wyjałowiona na sucho po uprzedniem wymyciu wodą przekroploną. 5. Nakłucie pomiędzy kręgiem L_3 a L_4; igłę należy wprowadzać powoli, z chwilą uczucia oporu i przebicia opony twardej zaprzestać dalszego wprowadzania. 6. Płyn znieczulający należy wstrzyknąć do tylnej części kanału kręgowego, aby mógł odrazu podziałać na korzonki tylne rdzenia i nie posuwać się zbyt do przodu, aby wskutek znieczulenia korzonków przednich nie wywołać niedowładu. Dawki znieczulające dla górnego znieczulenia u osób silnych: dla mężczyzn 17—16 cm³; dla kobiet 16 cm³. U osobników słabszych: mężczyzn 15—16 cm³; kobiet 15 cm³. Dawki dla dolnego znieczulenia u mężczyzn 14—13 cm³; kobiet 13—12 cm³. Wstrzykiwać należy powoli, w ciągu 5 minut. 7. Zaraz po wstrzyknięciu należy chorą ułożyć na brzuchu w lekkiej pozycji Trendelenburga na czas 5 do 10 minut. Potem można ułożyć w pozycji odpowiedniej do miejsca zabiegu, zachowując przez cały czas lekką pozycję Trendelenburga. 8. Podczas operacji nie należy stosować środków podnoszących ciśnienie krwi, albowiem powstałe nieraz zaburzenia nie pochodzą od układu krążenia, a od narządu oddechowego; spowodowane są zaś przeniknięciem perkainy do części szyjnej kręgosłupa, wywołując porażenia mięśni międzyżebrowych. Powstaje bezdech zawsze przejściowy, nigdy śmiertelny. Należy wtedy zastosować podskórnie 0,001 g lobeliny, oddychanie tlenem i kwasem węglowym. W 10 minut po zastosowaniu lobeliny można wstrzyknąć 3 cm³ koraminy. Nudności i wymioty ustępują po zastosowaniu zimnego okładu na szyję i głębokich oddechów. Przy bezdechu zupełnym stosuje się sztuczny oddech. 9. Po operacji przynajmniej w ciągu 24 godzin musi być zachowane położenie poziome. Unika się przez to bólów głowy, które przy dobrej technice znieczulenia nie są gwałtowne i długotrwałe. *Fr. Sienicki* (Warszawa).

W sprawie zastosowania vernix caseosa przy wytwarzaniu sztucznej pochwy i badanie histologiczne tejże. R. KLEISTMAN, L. POSKA-TEISS. Zbl. f. Gyn. Nr. 13. 1935.

U pacjentki 19-letniej, posiadającej zamiast pochwy wpuklenie głębokości około 1 cm wykonano operację sztucznej pochwy. Protezę gumową grubości 6 cm pokryto *vernix caseosa* uzyskaną od zdrowego noworodka. Po usunięciu protezy zakładano codziennie do wytworzonej pochwy tampony pokryte *vernix caseosa.* Po 2 miesiącach cała powierzchnia wytworzonej pochwy była pokryta nabłonkiem.

Na czem polega korzystne działanie *vernix caseosa,* trudno jest orzec. Możliwe, że odgrywa tu rolę wpływ chemiczny sprzyjający wytworzeniu się ziarniny dzięki wywędrowaniu znacznej ilości ciałek białych. Możliwem jest również, że *vernix caseosa* posiada własności ochronne, jak wykazały badania fizykochemiczne na skórze noworodka. *M. Segal* (Lwów).

Jajnik i przedni płat przysadki mózgowej, wyniki lecznicze. (Dolegliwości okresu przekwitania). RAPHAEL KURZROK. Leaf Medicine, Chapter IV.

Materjał obserwacyjny autora wynosi około 150 przypadków. Należy nadmienić, że objawy przekwitania mogą wystąpić w czasie, gdy pacjentka jeszcze miesiączkuje. Objawy te w czasie miesiączki bądź potęgują się, bądź słabną.

Okazuje się, że wyniki osiągnięte stosowaniem oestryny nie odpowiadają bynajmniej ilości użytej oestryny. Najlepsze natomiast wyniki osiągnięto Sistomensiną, zawierającą w 1 cm³ zaledwie 1—3 jedn. szczurzych. Innemi preparatami zawierającemi 50—100 j. szcz. nie otrzymał autor tak dobrych wyników. Nie należy jednak zapominać, że Sistomensina otrzymywana jest z jajnika, podczas gdy inne preparaty rujotwórcze pochodzą z moczu ciężarnych. Autor stwierdza, że w tych przypadkach, gdzie w moczu stwierdzano oestrynę, nie osiągano żadnych rezultatów ani sistomensiną ani oestryną. Przypadki posiadające mocz wolny od oestryny otrzymywały Sistomensinę i oestrynę według następującego szematu: najpierw 2 razy, potem 1 raz tygodniowo 2 cm³ Sistomensiny domięśniowo, ponadto 3 razy dziennie 5—10 min. amniotyny (rujotwórczy preparat hormonalny z wód płodowych) oraz 3 razy dziennie 1 tabletkę *theelol* (preparat z moczu ciężarnych, podobny do folikuliny).

Najpierw zmniejszały się nawały, uczucie gorąca i pobudliwość ogólna, potem bezsenność, zapalenie stawów oraz hipertensja wywołana przekwitaniem. Mamy wrażenie, że duże dawki łagodzą przedewszystkiem objawy stawowe, jednakże brak dostatecznej ilości przypadków nie pozwala na wyciągnięcie ostatecznych wniosków. Do zrozumienia zaburzeń klimakterycznych niezbędna jest dokładna znajomość czynności jajników. Nasuwają się zawsze 2 pytania: Jak długo winno trwać leczenie? Czy leczenie przedłuża przekwitanie? Na te pytania można będzie odpowiedzieć na podstawie większego materjału.

Fr. Sienicki (Warszawa).

Doniesienie tymczasowe o sterylizacji 30 kobiet. L. de VILBISS. Am. Journ. of Obstr. and Gyn. XXIX. 4. 1935.

W wypadkach, kiedy wyjałowienie zabiegiem chirurgicznym było przeciwwskazane, autorka stosowała metodę elektrokoagulacji ujść macicznych jajowodów. Łatwy ten zabieg wykonuje się następująco: do rogu macicy wprowadza się giętką elektrodę i przepuszcza się przez nią prąd o natężeniu około 3.500 MA, przez przeciąg 15 sekund. Ujemny wynik przedmuchiwania trąbek, wykonanego w dwa miesiące po zabiegu, jest dowodem zarośnięcia jajowodów w miejscu elektrokoagulacji.

Z 30 kobiet sterylizowanych w powyższy sposób, 7 zaszło w ciążę, reszta pozostała bezpłodna.

S. Koczorowski (Lwów).

Leczenie kortyną niepowściągliwych wymiotów ciężarnych. W. FREEMAN i I. MELICK. Am. Journ. of Obstr. and Gyn. XXIX. 4. 1935.

Według zapatrywań Kempa, podczas prawidłowej ciąży kora nadnerczy przerasta i zwiększa swą czynność wydzielniczą. Ciężarne, u których ta nadczynność istoty korowej nie występuje, okazują szereg zaburzeń czynności przewodu pokarmowego, których głównym objawem są uporczywe wymioty.

Na poparcie swych twierdzeń Kemp opisał 16 przypadków niepowściągliwych wymiotów ciężarnych wyleczonych podawaniem wyciągu kory nadnercza.

Autorowie na podstawie spostrzeganego własnego przypadku potwierdzają skuteczność tego sposobu leczenia.

W omawianym bardzo ciężkim przypadku, leczonym bezskutecznie wstrzykiwaniami cukru gronowego, insuliny i przetworów jajnika — po podaniu w ciągu 2 dni 6 ampułek kortyny, nastąpiła znaczna poprawa, a następnie wyleczenie.

S. Koczorowski (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Leczenie rzeżączki szczepionką żywych gonokoków. SCHULZ. Zbl. f. Gyn. Nr. 6. 1935.

Metodą Loesera leczył autor rzeżączkę przewlekłą, leczoną miesiącami i latami bezskutecznie zwykłemi środkami. Przeciwwskazaniem są ostre stany chorobowe, niemające punktu wyjścia z narządów płciowych.

W odstępach 10-dniowych wstrzykuje autor 3—4 razy zawiesinę żywych gonokoków. Reakcja ogólna występuje pod postacią stanów podgorączkowych, czasem występuje też reakcja miejscowa w formie nacieków lub też ropni w miejscu wstrzyknięcia. Na 169 przypadków wyleczenie uzyskał autor u 74.3%.

Dobre wyniki można uzyskać w rzeżączkowem zapaleniu stawów, natomiast w ostrej, nieskomplikowanej rzeżączce wyników korzystnych niema. *T. G.* (Lwów).

Leczenie twardziny skóry. LERICHE. Gazet. d. Hopit. Nr. 17. 1935.

Ponieważ wstrzykiwanie parathormonu młodym szczurom powoduje powstawanie ograniczonych stwardnień skóry, anatomicznie zbliżonych do twardziny skóry ludzkiej, poleca Leriche w twardzinie skóry wycięcie przytarczyc, wycięcie tętnic tarczycowych lub przecięcie gałązek szyjnych układu współczulnego, pod warunkiem, że twardzina nie jest uogólniona i niedługo trwająca. *H. D.* (Lwów).

Kiła przysadki mózgowej. F. WINKLER. Med. Klin. Nr. 29 1934.

Autor opisuje przypadek, w którym na plan pierwszy wybijały się dolegliwości podmiotowe w postaci bólów głowy, połowiczego widzenia lewostronnego, zawrotów głowy, rannych wymiotów oraz lewostronnego osłabienia kończyn. Dolegliwości te rozwinęły się w następstwie powstania miejscowego zapalenia kiłowego opon mózgowych, usadowionego w sąsiedztwie siodełka. Naciek zapalny przechodził na przysadkę mózgową i lewy nerw wzrokowy. Jako typowy dla tego schorzenia objaw, zresztą i w tym przypadku obecny, uważa autor istnienie *galaktorrhoe*. Przypadek zakończył się wyleczeniem przez stosowanie swoistych środków przeciwkiłowych.

Z. Godlowski (Kraków).

Okulistyka.

Szczypczyki do operacji Deniga. ROSTKOWSKI L. Przegląd Trachomatologji i Okulistyki Społecznej. Nr. 1. 1935.

Autor podaje własny model szczypczyków, które ułatwiają przesunięcie płatu błony śluzowej pod mostkami spojówki (wg. Fazakasa). *J. Grzędzielski* (Lwów).

Wpływ chorób oczu na zdolność do pracy. MELANOWSKI W. H. Przegląd Trachomatologji i Okulistyki Społecznej. Nr. 1. 1935.

W obszerniejszym referacie, będącym w znacznej mierze powtórzeniem wiadomości z patologji oka, autor omawia znaczenie poszczególnych spraw chorobowych na zdolność do pracy w poszczególnych zawodach i naodwrót przedstawia niebezpieczeństwo poszczególnych gałęzi pracy w razie istnienia jakiegoś schorzenia oka, uwzględniając przytem rolę lekarza fabrycznego.

J. Grzędzielski (Lwów).

Zwalczanie jaglicy w 1933 roku. ZACHERT M. Przegląd Trachomatologji i Okulistyki Społecznej. Nr. 1. 1935.

W roku sprawozdawczym przybyło 14 nowych przychodni przeciwjaglicznych, zgłoszono 19.588 nowych zachorowań na jaglicę (w r. ub. 20.535), w zakładach opiekuńczych stwierdzono 1.7% jaglicy (w r. ub. 1.9%). Do sprawozdania są dołączone 2 mapki, ilustrujące rozmieszczenie przychodni i nasilenie jaglicy wśród poborowych. Według autora współudział klinik i szpitali w akcji zwalczania jaglicy zmniejsza się coraz bardziej, w miarę rozwoju przychodni przeciwjaglicznych.

J. Grzędzielski (Lwów).

Kilka uwag w sprawie jaglicy. M. SZAFNICKI. Przegląd Trachomatologji i Okulistyki Społecznej. Nr. 2. 1935.

Autor stwierdza, że mimo licznych badań etjologja jaglicy nie została wyjaśnioną i rozpoznanie jaglicy jest obecnie trudniejsze jak przed 20 laty. Podano rozmaite skomplikowane podziały jaglicy. Dążeniem powinno być, aby na gruncie przychodni przeciwjaglicznych ustalić jakiś kliniczny podział. Autor na podstawie długiego doświadczenia dochodzi do wniosku, „że ziarnistość spojówki niepołączona z wydzieliną jest przejawem odczynu organizmu o specjalnej konstytucji na czynnik zewnętrzny najróżnorodniejszego pochodzenia". Zapalenie ziarniste nie zawsze jest zaraźliwe, dopiero gdy na taką spojówkę dostaną się gonokoki, pałeczki Morax-Axenfelda lub Koch-Weeksa, to powstaje zapalenie z wydzieliną, zakaźne i z powstawaniem komplikacyj rogówkowych. Autor dzieli jaglicę na III okresy, zależne od stopnia rozszerzenia się ziarn na spojówce. Leczenie jaglicy w pierwszym okresie powinno polegać jedynie na niedrażniących środkach, w II i III autor poleca najbardziej wypalanie ziarn prądem elektrycznym. Przeciw łuszczce autor stosuje zastrzyki podspojówkowe wg. Gemlatha, które jednak są przeciwwskazane u starszych ludzi. *J. Grzędzielski* (Lwów).

Gruźlica oka. SZYMAŃSKI J. Przegląd Trachomatologji i Okulistyki Społecznej. Nr. 3. 1935.

W interesującym referacie, który należy czytać w oryginale, autor omawia drogi zakażenia oka, zjawiska odpornościowe, anatomję patologiczną, oraz diagnostykę ogólną i szczegółową gruźlicy oka. W leczeniu gruźlicy oka autor poleca antygen metylowy Boqueta i Negre'a (anti-TBC Klawe).

J. Grzędzielski (Lwów).

Leczenie jaglicy powikłanej jodem koloidalnym. NEUMAN J. Przegląd Trachomatologji i Okulistyki Społecznej. Nr. 3. 1935.

W poprzednich pracach autor opisał skuteczne działanie smarowania spojówek jodyną przy łuszczce i wrzodach jaglicznych tak, że zupełnie zbyteczne się stały zabiegi operacyjne (*peritomia*, Denig). Działanie jodyny nie polega na alkoholu, który powoduje tylko dłuższą bolesność oka bez wpływu na powikłania rogówkowe, natomiast na działaniu samego jodu. Jodynę bowiem można zastąpić taksamo dobrze pałeczkami jodowemi Mercka, przyczem nawet bolesność i podrażnienie oka jest mniejsze. Smarowanie jodem można powtarzać co 3—4 dni.

J. Grzędzielski (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Polskie Towarzystwo badań naukowych nad gruźlicą — Koło Lwowskie.

Protokół 3 Walnego Zgromadzenia odbytego dnia 14 maja 1935 roku.

Przewodniczący: Prym. Dr. L. Węgrzynowski.

Na wstępie Przewodniczący odczytuje pismo Zarządu Głównego w Warszawie z dnia 10 kwietnia 1935 r. o następującem brzmieniu:

„Do P. Dra L. Węgrzynowskiego, Przewodniczącego Koła Lwowskiego Towarzystwa. W związku z ukonstytuowaniem się Fundacji Jakóba hr. Potockiego, Zarząd Towarzystwa badań naukowych nad gruźlicą pragnie opracować plan prac naukowych z zakresu ftizjologji, które mogłyby być subwencjonowane przez Fundację. W tym celu Zarząd Towarzystwa uchwalił zwrócić się do osób pracujących w dziedzinie nauk związanych z ftizjologją z prośbą o opracowanie poszczególnych działów planu. W myśl tej uchwały proszę Szanownego Pana Doktora oraz Zarząd Koła Lwowskiego o napisanie, jakie zagadnienia ftizjologiczne są zdaniem Jego osobliwie interesujące i ważne w dziale, w którym Pan pracuje. Zarząd Towarzystwa prosi o przesłanie odpowiedzi nie później niż do dnia 20 maja b. r. Prezes *W. Orłowski* m. p. Sekretarz *Misiewicz* m. p.".

W dyskusji:

Prof. Dr. Groër stoi na stanowisku racjonalnej gospodarki kapitałami uzyskanemi z Fundacji. Racjonalizm ten ma według jego zdania polegać na koncentracji funduszów i lokowaniu ich raczej w jednem miejscu kraju, niż rozdzielaniu na drobne kwoty. Celowem byłoby stworzenie centralnego instytutu dla badań naukowych nad gruźlicą. Udowadnia, że miejscem odpowiedniem na założenie podobnego Instytutu jest Lwów, a to po pierwsze z tej racji, że Fundacja jest regjonalnie związana z tem miastem (Brzeżańszczyzna), po drugie nastręcza się Towarzystwu Badań Naukowych nad Gruźlicą sposobność, by ogołoconemu Lwowowi z wielu placówek, dać pewną rekompensatę w postaci takiego centralnego instytutu, a po trzecie, Lwów, przez swoje położenie geograficzne ma najlepsze warunki do pełnienia tak szczytnej misji, na co składa się bliskość miejsc klimatycznych różnorakiego typu, czyto wysokogórskich, czyto nizinnych, suchych, wilgotnych, kąpielowych, a nawet miejsc o klimacie kontynentalnym.

Szczegółowo podobny instytut powinien obejmować cztery główne działy, a to: kliniczny, laboratoryjny, społeczny i statystyczny. W działach tych powinny się mieścić stacje klimatyczne, izolatorja, lotne kolumny dla studjów gruźlicy na wsi, odpowiednio wyposażone (Rtg. i t. p.). Instytut też finansowo winien odpowiadać swemu celowi. Prof. Groër stawia wniosek, by pracę w tym kierunku rozpocząć rozbudowaniem Hołoska jako podstawy badań klinicznych, oraz rozszerzenie tamże pracowni. Ponadto proponuje stworzenie lotnych kolumn przeciwgruźliczych, wyposażonych w aparat rentgenowski, podręczne laboratorjum chemiczno-bakterjologiczne i t. p. Za ważne uznaje stworzenie stajen zwierząt doświadczalnych i to specjalnie na terenie Fundacji, a więc w Brzeżańskiem oraz stworzenie na tym terenie półkolonji. Proponuje rozpoczęcie starań u władz centralnych, za pośrednictwem specjalnych do tego celu wybranych delegatów, by uzyskać aprobatę wniosków.

Prym. Dr. Węgrzynowski zabiera głos i wykazuje złe strony zbytnio drobnych rozdziałów dochodów z Fundacji — na całą Polskę. Powołuje się na plan Prof. Dra Chodźki, który przewiduje stworzenie dwóch głównych ośrodków walki z gruźlicą, a to w Wilnie i Lwowie. Uważa, że podstawą dyskusji powinien być tylko ten plan. Jeżeli chodzi o Lwów, to stwierdzić należy, że faktycznie taki instytut, o którym myśli jego przedmówca, już istnieje, bo odpowiednie Urzędy Zarządu Miasta Lwowa, Komitet Opieki Pozaszkolnej, Zakład Odkażania, pięć poradni przeciwgruźliczych połączonych organizacyjnie z lecznicami, prewentorjum w Brzuchowicach, izolatorjum w Zakładzie Dzieciątka Jezus, stacja klimatyczna w Worochcie (wysokogórska), stacja sło-

neczno-plażowa w Zaleszczykach i kąpielowa w Rymanowie — spełniają funkcję instytutu. Brak mu osiedla posanatoryjnego, laboratorjum chemiczno-bakterjologicznego oraz kolumn przeciwgruźliczych. Głównym tematem przyszłych prac takiego instytutu byłaby gruźlica wsi, a Brzeżańszczyzna przez wielorakość swoich typów antropologicznych jest najwłaściwszym terenem badań. Nie bez poważnego znaczenia jest też lecznictwo pokazowe gruźlicy na wsi.

Prof. Dr. Zalewski wyraża obawę, że Lwów zaniedba starań o tak ważną placówkę, a zgadza się w zupełności z koniecznością stworzenia jej we Lwowie. Stwierdza zgodną współpracę wszystkich jednostek przeciwgruźliczych, polecając swój Oddział Laryngologiczny gruźlicy krtaniowej. Ubezpieczalnia Społeczna rozporządza ponadto Oddziałem Chirurgicznym gruźlicy. Stwierdza więc istnienie instytutu, któremu brak narazie jedynie niejako prawnej podstawy.

Prof. Dr. Groër popiera swoje poprzednie wywody.

Prym. Dr. Węgrzynowski podaje naczelny temat najbliższych prac naukowych, któreby miały obejmować problem badania i problem lecznictwa gruźlicy wsi.

Prym. Doc. Dr. Gruca stawia wniosek stworzenia specjalnej bibljoteki wyposażonej w dzieła, dające podstawę do prac naukowych nad gruźlicą. Sekretarz: *Dr. Ptaszek.*

Protokół posiedzenia naukowego odbytego dnia 28 maja 1935 r.

Przewodniczący Prym. Dr. L. Węgrzynowski udziela głosu Dr. L. Ptaszkowi, który przedstawia przypadek śmierci jako powikłanie przyodmowe przy zakładaniu sztucznej odmy. Autor omawia tok zakładania odmy u pacjenta 43-letniego cierpiącego na gruźlicę płuc, umiejscowioną głównie w płucu lewem. Roentgen potwierdził rozpoznanie kliniczne. Przy wkłuciu igły odmowej wystąpiły objawy zatorów powietrznych, które w przeciągu pół godziny doprowadziły do śmierci chorego. Z objawów zasługujących na wymienienie przytacza ból, jaki chory uczuł w okolicy rękojeści mostka. Ponadto utrata przytomności, objawy duszności oraz skurcze mięśni szkieletowych dopełniły obrazu chorobowego. Sekcja zwłok wykazała wielką ilość zatorów powietrznych w naczyniach opon mózgowych, oraz pienistą krew w sercu. Potwierdziła rozpoznanie kliniczne i pozwoliła śledzić drogę, jaką odbyła igła odmowa — niczem nie charakterystyczną. Referent podnosi znaczenie tego przypadku dla nauki i praktyki i zarzuca nieprawdziwość statystykom, niewykazującym w ostatnich latach powikłań przyodmowych śmiertelnych.

W dyskusji Prym. Dr. Węgrzynowski przytacza swój przypadek śmiertelny, który obserwował w roku 1927 i opisał w P. G. L. Chory ten żył po zaistnieniu zatorów powietrznych 48 godzin. Sekcja wykazała silnie rozwiniętą miażdżycę naczyń. Chodziło tu o dopełnienie istniejącej już odmy, jednak badanie chorego przed zabiegiem nie wykazało obecności powietrza w opłucnej. Obserwacja okresu agonalnego wykazywała, że powietrze przewala się w ustroju chorego na różne ośrodki mózgowe. Tłumaczy to powikłanie stworzeniem stałej komunikacji pomiędzy oskrzelem a żyłą i tem wyjaśnia późne zejście śmiertelne chorego, co według jego zdania jest rzeczą niesłychanie rzadką. Inną komplikację przyodmową stwierdził na podstawie szmeru koła młyńskiego u pacjenta po dopełnieniu odmy, który utracił na krótko przytomność w chwili prześwietlenia Roentgenem. W jednym z przypadków zatorów powietrznych zastosował po wystąpieniu pierwszych objawów zatoru uniesienie rąk i nóg chorej do góry z doskonałym efektem. Stwierdza, że praktycy lekarze szczycący się statystykami bez wypadków śmiertelnych albo mają szczęście albo mijają się z prawdą.

Prym. Dr. Tomanek wierzy w możliwość śmierci przy zakładaniu czy dopełnieniu odmy, a przytacza z własnej obserwacji powikłanie założonej odmy prosówką, która wystąpiła w 24 godziny po założeniu odmy.

Prym. Dr. Węgrzynowski uważa w tym przypadku za przyczynę powikłania nakłucie igłą odmową ogniska gruźliczego i połączenie go z naczyniem.

Dr. Berger przypisuje duże znaczenie przy powstawaniu zatorów typowi igły i technice łączenia z aparatem. Sam opracowuje typ igły odmowej, któryby dał możność uniknięcia powikłań.

Dr. Bühn przytacza przypadek powikłania przyodmowego śmiertelny, jaki zdarzył się Prym. Dr. Tyszce, a dotyczył osobnika, u którego na sekcji wykazano daleko posunięty stan grasiczno-limfatyczny. Przypuszcza, że w przypadku kol. Tomanka mogła powstać odma śródpiersia przez pęknięcie płuca. W przypadku kol. Ptaszka uważa za przyczynę powikłania samoistną aspirację powietrza z aparatu.

Prym. Dr. Tomanek opiera się na tem, że w jego przypadku nie było odmy podskórnej, tem samem nie było nakłucia płuca. Opisuje typ francuskiej igły odmowej i jej zalety. Wyraża wątpliwość, czy zachodzi potrzeba stwarzania nowego typu igły.

Dr. Krasowska widziała 5 przypadków zatorów powietrznych. wszystkie z pomyślnem zakończeniem dla chorych. Jako uderzające objawy podaje u tych chorych zaburzenia w widzeniu oraz drętwienia kończyn, w jednym z przypadków wystąpiła sinica, w innym przyszło do utraty tętna.

Dr. Berger zastanawia się nad postępowaniem leczniczem w przypadkach zatorów powietrznych i radzi niskie ułożenie głowy. Stosowanie środków nasercowych stawia pod znakiem zapytania.

Prym. Dr. Węgrzynowski radzi zawsze w przypadkach omawianych stosować środki nasercowe.

Prym. Dr. Tomanek wspomina o odmie nienasyconej i tłumaczy jej powstanie nakłuciem płuca i następową resorbcją powietrza z jamy opłucnowej. Sekretarz: *Dr. L. Ptaszek.*

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 23 stycznia 1935 r.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Przewodniczący, otwierając posiedzenie, składa imieniem Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego gratulacje p. prof. Wachholzowi z okazji mianowania Go Profesorem Honorowym Uniwersytetu Jagiellońskiego, a obecni długotrwałemi i rzęsistemi oklaskami przyłączyli się do życzeń Prezesa.

Prof. Dr. Leon Wachholz wygłosił wykład p. t.: *„Romans zmyśleń i nieprawdy“* — na marginesie Strobla: *„Tatsachen-roman, Process Borowska“.* (Rzecz przeznaczona do druku w całości).

Na tem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Protokół nadzwyczajnego posiedzenia naukowego z dnia 25 stycznia 1935 r.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Przewodniczący, otwierając posiedzenie, wita w języku polskim i niemieckim Dr. Weisla z Wiednia, jako gościa Towarzystwa i udziela Mu głosu.

Dr. Wolfgang v. Weisl wygłosił w języku niemieckim wykład p. t.: *„Podstawy i wyniki dietetycznego leczenia gruźlicy“.*

W dyskusji zabierali głos: Dr. Bernaciński (gość T-wa) i Dr. Blasberg.

W odpowiedzi zabrał głos Dr. Weisl.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 30 stycznia 1935 r.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Przyjęto po przeprowadzonem głosowaniu na członków Towarzystwa Kolegów Jana Fischera i Hieronima Urzędowskiego.

Dr. Schönberg (gość T-wa) *przedstawił przypadek zmian zapalnych w stawach po czerwonce u 3-letniego dziecka.* W tydzień po ustąpieniu objawów czerwonki pojawiły się obrzęki stawów skokowych, kolanowych i garstkowych, którym towarzyszyła gorączka i silna bolesność. Zmiany te w ciągu kilkutygodniowego leczenia w szpitalu ustąpiły, pozostawiając nieznacznego stopnia zniekształcenie stawów kolanowych i prawego stawu garstkowego. Zmiany stawowe o tym samym charakterze wystąpiły prawie równocześnie u dwóch braci w wieku lat 8 i 12, jakoteż u matki dziecka, również jako powikłanie przebytej czerwonki. I u tych chorych zmiany stawowe w przebiegu leczenia szpitalnego w zupełności ustąpiły.

Objaw aglutynacji ze szczepami czerwonki był dodatni w rozcieńczeniu od 1/100 do 1/800 u wszystkich chorych. Zmiany stawowe, jako powikłania czerwonki są bardzo rzadkie w wieku dziecięcym, stąd powyższe przypadki zasługują na uwagę.

Dr. Schwarzbart, Ordynator Szpitala Izraelitów *przedstawił* następujące przypadki: (Streszczenia własne).

1) *Wyłuszczenie migdałków ze wskazania internistycznego.* Pacjent zachorował w maju ub. r. wśród objawów anginy, potem reumatyzmu stawowego i zapalenia wsierdzia. Przebieg ciężki, liczne zapaście. W sierpniu prelegent wykonał tonsilektomię, rozpoznając przewlekły ropień migdałkowy. Rozpoznanie potwierdziła operacja. Po zabiegu zniknęły wszystkie objawy, jakoteż

stany podgorączkowe, leukocytoza i t. d. Operowany oddaje się zajęciom zawodowym i jest zupełnie zdrów do dnia dzisiejszego. Korzystny wynik zawdzięczać należy wczesnej decyzji operacji.

2) *Trzy przypadki operacji doszczętnej spowodu perlaka ucha środkowego.* Perlak, najgroźniejsze ze schorzeń otologicznych, zdarza się przeważnie u ludzi młodych (przedstawiani chorzy mają lat 18, 21 i 21) i kończy się zniszczeniem słuchu. Zazwyczaj rozwój perlaka prowadzi do powikłań śródczaszkowych, labiryntowych lub pyemicznych, za pośrednictwem zakaźnego zakrzepu zatoki poprzecznej i tą drogą do zejścia śmiertelnego. Operować należy wcześnie. Im wcześniej usunie się perlaka, tem mniejsza jest śmiertelność, lepsze są wyniki leczenia, które trwa wówczas krócej, zyskuje strona kosmetyczna, t. j. wygląd blizny, jest możliwość zupełnego wyleczenia i wreszcie choćby częściowego utrzymania słuchu. Trzy przypadki operowane przedstawione w różnych okresach cierpienia są właśnie potwierdzeniem tego faktu.

3) *Przypadek zwężenia przełyku.* Młody mężczyzna zachorował wśród wymiotów 24 września ub. r. i w krótkim czasie wystąpiła zupełna niedrożność przełyku. Pacjent był leczony symptomatycznie kilka tygodni w szpitalu w Tarnowie, potem 3 tygodnie w Klinice Chirurgicznej U. J. Waga ciała spadła z 64 na 43 kg. Chory na operację się nie zgodził. Po próbie sondowania wystąpiła gorączka i krwawienie. Potem prelegent w swoim Oddziale w szpitalu żydowskim stwierdził ezofagoskopją i ściśle zlokalizował zwężenie, rozpoczynające się na 32 cm od zgryzu. Wycinek próbny wykazał w obrębie ścian zwężenia utkanie prawidłowe (Zakł. Anat. Patol. U. J.). Następnie udało się przeprowadzić sondę najcieńszą, a obecnie po 8 tyg. leczenia przechodzą sondy 10,5 mm. Pacjent odżywia się wystarczająco, przybyło mu znowu 12 kg wagi. Przypadek ten jest interesujący ze względu na niejasne tło (kiła, środki żrące, nowotwór — wykluczone). Można przyjąć następstwo wrzodu trawiennego wysoko położonego, skurcz przełyku, zmiany zapalne śródścienne. Prelegent pokazuje 3 zdjęcia rentgenowskie z różnych okresów rozszerzania.

W dyskusji nad przypadkami 2 i 3 zabierał głos Doc. Miodoński, *w odpowiedzi* prelegent.

Dr. Adolf Schwarzbart wygłosił wykład p. t.: *„Zapalenie i wyłuszczenie migdałków, jako problem kliniczny"* (przeznaczone do druku).

W dyskusji nad wykładem zabierali głos: Doc. Miodoński i Dr. Gołąb (dwukrotnie), który stwierdza, że wywiady w schorzeniach migdałków mają bardzo duże znaczenie. Uważa, że leczenie zachowawcze, jak płókania i pędzlowania, zwłaszcza stosowane nieumiejętnie, może przynieść szkodę. Prelegent podnosi duże znaczenie leczenia dietetycznego w sprawach migdałkowych, a zwłaszcza diety suchej (do 400 g płynów na dobę). Zwraca uwagę na wyłuszczenie w chorobach dziecięcych migdałka trzeciego i na niebezpieczeństwo wycinania migdałków u dzieci gruźliczych.

Doc. Szymanowicz, nawiązując do odczytu stwierdza, że raczej sprawy zapalne przydatków macicznych i otrzewnej miednicy małej stoją w związku z zapaleniami migdałków, niż zapalenie tkanki przymacicza, które zdarza się, w razie braku jakiegoś urazu położniczego, niezmiernie rzadko.

Zabierali głos następnie: Dr. Mester i Dr. Spira.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Ustąpienie Prof. Dr. Juljana Nowaka z katedry w Uniwersytecie Jagiellońskim.

W roku bieżącym kończy się okres, w którym ustawa dozwalała profesorom uniwersytetu pozostawać na katedrze poza 70 lat życia.

Z tego powodu przechodzi w stan spoczynku w Krakowie Prof. Dr. Juljan Nowak. Ustąpienie Jego z katedry jest dla Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego nadzwyczajną stratą, zwłaszcza że Prof. Nowak ustępuje w pełni sil i wśród czynnej twórczości naukowej, wyrażającej się publikacjami w *„Annales de l'Institut Pasteur"* w roku bieżącym. W swej działalności naukowej objął prof. Nowak szerokie zakresy, bo rozpocząwszy pracę zrazu na polu anatomji patologicznej człowieka i bakterjologji, badaniami owemi wkroczył na rozległe pole patologji porównawczej, całej mikrobiologji i medycyny eksperymentalnej. Słusznie też przekształcił nazwę stworzonego przez siebie wspaniałego Instytutu z nazwy Zakładu Weterynarji na Zakład Mikrobiologji i Medycyny Doświadczalnej. Gmach tego Zakładu i jego urządzenie i organizacja nie mają równego sobie wśród polskich zakładów uniwersyteckich tego działu. Wśród publikacyj Prof. Nowaka prawdziwie europejskie znaczenie ma wydany przez Niego znakomity i żadną zagraniczną publikacją nieprzewyższony atlas mikrobiologiczny, owoc żmudnej pracy całego życia, który przez długie dziesiątki lat pozostanie dziełem podstawowem w literaturze światowej.

Prócz działalności naukowej i dydaktycznej powszechnie znana jest działalność Prof. Nowaka na polu społecznem i w sprawach publicznych, gdzie zajął najwyższe stanowisko: Prezesa Rady Ministrów. Nadzwyczajnym talentem organizatorskim zapisał się na zawsze w dziejach Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, które obdarzył budową gmachu, zdobionego przez największego polskiego artystę czasów ostatnich, Stanisława Wyspiańskiego i w dziejach Towarzystwa Rolniczego Krakowskiego, które Jemu również zawdzięcza przeprowadzenie budowy swego gmachu i w którem położył wielkie zasługi w zakresie hodowli i zwalczania perlicy.

W wielu jeszcze innych dziedzinach społecznych i kulturalnych czynny jest Prof. Nowak do dzisiaj, a niezmożona Jego energja, dar inicjatywy i zamiłowania naukowe pozwalają się spodziewać niejednego jeszcze owocu Jego pracy, czego Mu *Redakcja „Polskiej Gazety Lekarskiej"* jaknajserdeczniej życzy.

Ustąpienie Prof. Dr. Kazimierza Kostaneckiego z katedry w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Z Wydziału Lekarskiego Krakowskiego ustępuje w r. b. najznakomitszy jego członek, którego wobec twardego przepisu nie mógł Wydział Lekarski mimo wszelkich starań w swem gronie zatrzymać poza granicę wieku określonego ustawami.

Czterdziestoletnia działalność dydaktyczna Prof. Kostaneckiego pozostawia po sobie pamięć najświetniejszej, jaką zapisały dzieje medycyny polskiej w drugiej połowie XIX i pierwszej XX wieku, a badania naukowe zyskały Prof. Kostaneckiemu głośne imię w literaturze wszechświatowej, imię, które w niej trwale pozostanie zarówno dzięki znakomitym pracom z zakresu anatomji, cytologji i embrjologji, jak również z zakresu anatomji porównawczej, zwłaszcza wielkiej i podstawowej monografji o kiszce ślepej kręgowców i człowieka.

Uczony wielkiej miary, o umyśle obejmującym najszersze horyzonty, z którym łączą się niezwykłe zalety osobiste, był też najwięcej powołanym do tego, aby stanąć na czele najwyższej naszej instytucji naukowej, Polskiej Akademji Umiejętności, gdzie działalność Jego przez długie lat szeregi upamiętniła się bujnym rozwojem tej Instytucji i nieocenionym dla nauk lekarskich nabytkiem: stworzeniem osobnego dla nich w Akademji Wydziału.

Mimo swych licznych i żmudnych obowiązków nie usuwał się Prof. Kostanecki od udziału w życiu świata lekarskiego, kierując przez lat kilka Krakowskiem Towarzystwem Lekarskiem, uczestnicząc czynnie i w przodowniczej roli w Zjazdach Lekarzy i Przyrodników Polskich, a pracował także na wielu polach społecznych i obowiązków publicznych, w najcięższych wojennych czasach, biorąc na Swe barki brzemię rządów Miasta i Uniwersytetu.

Najszczersze i najserdeczniejsze życzenia *„Ad multos annos"* składa Mu *Redakcja „Polskiej Gazety Lekarskiej"*.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Osobiste.

Prof. Dr. Karol Jonscher został obrany prorektorem U. P. na lata 1935/36, 1936/37 i 1937/38.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie. Dnia 25 czerwca b. r. odbyła się uroczysta Akademja ku czci ś. p. Prof. Dr. A. Gluzińskiego. Słowo wstępne wypowiedział prezes Warsz. Tow. Lek. Prof. Dr. Paszkiewicz. Prof. Dr. Leśniowski podał krótki życiorys ś. p. Prof. Gluzińskiego, a działalność Jego omawiali: Prof. Dr. Nowak z okresu krakowskiego, Prof. Dr. M. Franke z okresu lwowskiego, Doc. Dr. Gorecki z okresu warszawskiego. Na zakończenie Dr. Szumlański omówił zasługi ś. p. Prof. Gluzińskiego położone około zorganizowania towarzystwa i zjazdów ogólnosłowiańskich. W tej podniosłej uroczystości uczestniczyła też wdowa po ś. p. Prof. Gluzińskim i Jego rodzina. Wydział Lekarski Krakowski reprezentował na Akademji Prof. Dr. Nowak. Wydział Lekarski Lwowski reprezentowali: Dziekan Prof. Dr. W. Koskowski, Prof. Dr. M. Franke i Prof. Dr. R. Rencki, a Wydział Lekarski Warszawski Prorektor Prof. Dr. Czubalski, Dziekan Prof. Dr. Venulet i liczni profesorowie tego Wydziału.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia o przyznaniu następujących nagród i zapomóg konkursowych: a) z funduszu im. Dra Stanisława Kopcia: Dr. Tadeuszowi Gizie, asystentowi Prof. Lewkowicza w Klinice Pediatrycznej w Krakowie, na dalsze studja naukowe w zakresie teoretycznych nauk lekarskich; b) z funduszu im. Dra Mikołaja Rejchmana dla lekarza wojska polskiego: Kpt. Dr. Stanisławowi Rondomańskiemu, za umiejętność i troskliwość w leczeniu żołnierzy opiece jego oddanych; c) z funduszu im. małż. Sieragowskich następującym osobom: 1) Dr. K. Chodkowskiemu, 2) Dr. J. Flaksowi, 3) Dr. E. Leyko, 4) Dr. J. Roguskiemu, 5) Dr. H. Sikorskiemu — za całokształt prac z dziedziny biologii i medycyny doświadczalnej; d) z funduszu im. Dr. Feliksa Sommera: Dr. Adamowi Opalskiemu — za pracę p. t. „Morfologja i patogeneza zapaleń wyściółki i gleju podwyściółkowego".

XX posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się dnia 21 czerwca 1935. Porządek dzienny: 1. Kol. Danielewicz: a) Dwa przypadki ropnia mózgu (demonstracja), b) Przypadek ropnia móżdżka pochodzenia labiryntowego (demonstracja). 2. Kol. Lenczowski: Demonstracja a) przypadku ciąży strzępkowej, b) przypadku pierwotnego raka trąbek. 3. Kol. Liebhart-Meisels: Ciekawe przypadki utero-salpingografji (wykład).

Posiedzenie naukowe Polskiego T-wa Oto-Laryngologicznego odbyło się dnia 27 czerwca 1935 r. z porządkiem dziennym: 1) Demonstracje chorych: a) Dr. Tenzer: Przypadek raka jamy szczękowej; b) Dr. Karbowski i Dr. Płońskier: Pachymeningitis interstitialis purul. w przebiegu zapalenia szpiku kostnego kości twarzy. 2) Odczytanie protokółu poprzedniego posiedzenia. 3) Dr. Z. Srebrny: Operacja Claoué. 4) Wolne wnioski.

I Międzynarodowy Kongres Transfuzji Krwi odbędzie się w Rzymie w dniach od 26—29 września 1935 r. Na kongresie tym będą wygłoszone następujące główne referaty: 1) Prof. A. M. Dogliotti (Turyn): Problemy biologiczne i kliniczne dotyczące najnowszych wskazań w zakresie transfuzji krwi; 2) Dr. A. Tzanck (Paryż): Transfuzja krwi w chorobach zakaźnych; 3) Prof. E. Hesse (Leningrad): Rodzaj i leczenie wstrząsów hemolitycznych po transfuzji krwi; 4) Prof. Stahl (Wrocław): Transfuzja krwi jako środek leczniczy dla równowagi soków ustrojowych; 5) Prof. A. Ritter (Münsterlingen): Transfuzja krwi w armjach. — Z inicjatywy Wydziału Lekarskiego U. W. i na prośbę prezydjum Międzynarodowego Kongresu Transfuzji Krwi zawiązał się w Polsce Komitet Organizacyjny w składzie następującym: Prof. Dr. L. Hirszfeld, Dr. J. Kołodziejski, Doc. Dr. J. Rutkowski i pułkownik Dr. Sokołowski. — Zgłoszenia na Zjazd lub tytuły odczytów należy nadsyłać do Prof. L. Hirszfelda, Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, ul. Chocimska 24 albo do jednego z członków Komitetu Organizacyjnego. Dla celów informacyjnych nadmienia się, że koszt hotelu w Rzymie wynosi za dobę od 15—30 lirów od osoby, a z całkowitem utrzymaniem od 40—60 lirów. Władze włoskie przyznały już 50% zniżkę na przejazd włoskiemi kolejami państwowemi od granicy państwa do Rzymu z możliwością rozszerzenia do Neapolu. Termin, w którym mają być podane tytuły referatów, został coprawda ustalony na 30 maja b. r., będzie mógł być jednak przedłużony do 15 sierpnia wobec tego, że odpowiednie pismo zostało skierowane do Polski dopiero w pierwszej połowie maja b. r.

Różne.

Z kraju.

W miesiącu kwietniu zarejestrowano w Polsce powoli obniżające się nasilenie duru brzusznego, a zwiększenie się liczby przypadków duru osutkowego (w województwach wschodnich i południowych). Płonica, błonica, odra i krztusiec występowały w nasileniu, przeciętnem dla tej pory roku. Zanotowano sporadyczne przypadki czerwonki. (Wiad. Stat. Nr. 15. 1935).

Belgja.

W *Bruxelles Médical* podano, że w Brukseli ma być zbudowany szpital dla cukrzycowych.

VII Międzynarodowy Kongres Wychowania Fizycznego odbył się w Brukseli w czasie od 30 czerwca do 7 lipca b. r. Z Polski wziął udział w Kongresie m. i. prof. Piasecki.

Uniwersytet brukselski obchodził podniosłą uroczystość w związku z nadaniem honorowego doktoratu Dr. A. Lambotte'mu. W uroczystości wzięli udział m. in. Prof. Sauerbruch z Berlina i Prof. Leriche ze Strasbourga.

W Brukseli powstało lekarskie towarzystwo wychowania fizycznego i sportu.

Łotwa i Estonja.

W obu tych państwach „święto morza" obejmie zagadnienie talassoterapji.

Turcja.

VI Kongres Lekarski odbędzie się w Angorze w październiku b. r. pod protektoratem prezydenta republiki. Omawiane będą schorzenia reumatyczne i toksykomanje w Turcji.

Włochy.

We Włoszech rozwija się własna produkcja jodu. Zapotrzebowanie roczne wynosi około 30.000 kg. Instytut chemiczny w Salsomaggiore wytwarza ostatnio o 100 kg jodu więcej na dzień.

Rumunja.

Założony w czasie ostatniego kongresu chirurgów rumuńskich związek towarzystw chirurgicznych państw Małej Ententy i pogranicznych ustanowił sekcję naukową w Bukareszcie. Przewodniczącym tej sekcji został wybrany prof. Angelesco.

Cejlon.

W kwietniu b. r. zanotowano 15.933 przypadków zimnicy, podczas gdy w tym samym okresie ubiegłego roku tylko 8.786. Nic więc dziwnego, że przeznaczono 1 miljon rupjów na walkę z tą zarazą.

Z. S. S. R.

W Rosji przystąpiono do fabrykacji antypiryny i piramidonu z surowców krajowych. Produkcję zaś kamfory rozszerzono tak, że przywóz jej z zagranicy będzie wnet zupełnie zbyteczny.

W Rosji ma być wytwarzana wata nietylko z bawełny, ale nawet z syberyjskich roślin wodnych.

Na Kaukazie przewidziana jest uprawa drzew chinowych; sadzonki otrzymano z nasion sprowadzonych z Boliwji.

Niemcy.

W okręgach przemysłowych Westfalji i Nadrenji każdy większy zakład przemysłowy posiada własny oddział przeciwgazowy i drużynę ratowniczą, które są gotowe śpieszyć natychmiast z pomocą ofiarom zatrucia gazami. (Inst. Spr. Społ.).

Komunikaty.

Towarzystwo Lek. Warszawskie w związku z komunikatem z dnia 6 czerwca b. r. o wakującem stypendjum im. Prof. Dr. Józefa Babińskiego, zawiadamia o zmianie daty ostatecznego składania podań na powyższy konkurs. Prace należy składać do dnia 1 maja 1936 r.

XI Zjazd Tow. Internistów Polskich odbędzie się 26, 27 i 28 września 1935 r. w Łucku. Referaty główne są następujące: I temat: marskość wątroby. Anatomja patologiczna: referenci Prof. Dr. L. Paszkiewicz i Dr. A. Pruszczyński. Klinika: referent Prof. Dr. J. Grek. II temat: ropne sprawy płucne. Anatomja patologiczna: referent Prof. Dr. W. Nowicki. Klinika: referent Doc. Dr. Z. Gorecki. Chirurgja: referent Prof. Dr. T. Ostrowski. Zgłoszenia udziału w Zjeździe oraz wszelkie zapytania w sprawach mieszkaniowych, technicznych (projekcje, epidiaskopja i t. p.) i komunikacyjnych należy kierować do przewodniczącego Komitetu Miejscowego — lekarza wojewódzkiego Dr. Witolda Habicha (Łuck, Kolonja Urzędnicza). Opłata zjazdowa, wpłacona równocześnie ze zgłoszeniem udziału w Zjeździe, wynosi 20 zł. Na Zjazd, zgodnie z regulaminem, mogą być zgłaszane: 1) badania kliniczne na chorych, 2) badania doświadczalne, dotyczące zagadnień, stojących w związku z medycyną wewnętrzną, 3) przypadki kazuistyczne o wysokiej wartości rozpoznawczej i leczniczej, 4) własny materjał kazuistyczny, oświetlający pewne zagadnienia z medycyny wewnętrznej i dziedzin pogranicznych, 5) opis nowych metod badania oraz leczenia. Natomiast nie mogą być przyjmowane dla wygłoszenia na Zjeździe streszczenia poglądowe. Referaty należy zgłaszać do Sekretarza Zarządu Głównego T. I. P. p. Dr. Józefa Wacława Grotta,

Warszawa, ul. Wspólna 28, najpóźniej do 20 lipca b. r. Przekroczenie tego terminu może narazić prelegenta na nieumieszczenie jego referatu w programie Zjazdu, co według statutu odebrałoby mu możność wygłoszenia wykładu na Zjeździe. Oprócz dokładnego tytułu referatu i zakładu, w którym praca została wykonana, powinno być nadesłane równocześnie jego streszczenie. Powinno ono obejmować w zwięzłej formie (nie więcej niż 20—25 wierszy Pol. Arch. Med. Wewn.) tylko cel pracy, zastosowaną metodę i wyniki pracy. Zastępowanie streszczenia planem referatu lub całym referatem jest niedopuszczalne. Referaty, nadesłane bez streszczeń nie mogą być uwzględnione. Również nie mogą być przyjęte referaty, których treść nie odpowiada wymaganiom od referatów zgłaszanych na Zjazdy. W razie nieprzyjęcia referatu, nadesłanego ze streszczeniem, zgłaszający referent powiadomiony będzie o tem najpóźniej w trzy tygodnie po nadesłaniu referatu. Streszczenia referatów są drukowane w protokółach Zjazdu, przyczem Redaktorowi „Pol. Arch. Med. Wewnętrznej" przysługuje prawo ich skrótu. O ile referent zgłoszonego referatu na Zjazd nie przybywa, referat jego spada z porządku i nie czyni się o nim wzmianki w protokółach Zjazdu. Również spadają z porządku i nie są ogłaszane w protokółach Zjazdu streszczenia tych referatów, których autorowie, jakkolwiek przybyli na Zjazd, nie wygłoszą referatu wskutek nieobecności na posiedzeniu. Streszczenia natomiast referatów nie wygłoszonych wskutek braku czasu drukuje się w protokółach Zjazdu. Opłata za uczestnictwo w Zjeździe wynosić będzie zł 20, za osoby towarzyszące zł 10 (asystenci klinik i szpitali wpłacają zł 10).

Z Naczelnej Izby Lekarskiej. W dniu 16 czerwca pod przewodnictwem Prezesa Prof. M. Michałowicza odbyło się pierwsze Walne Zebranie Naczelnej Izby Lekarskiej Kadencji V. Przed rozpoczęciem obrad po przemówieniu Prezesa, zebrani uczcili pamięć ś. p. Marszalka Józefa Piłsudskiego minutą milczenia. W skład Naczelnej Izby Lekarskiej wchodzą następujący przedstawiciele okręgowych izb lekarskich, wybrani w myśl art. 18 ustawy z dnia 15 marca 1934 r. o izbach lekarskich (Dz. U. R. P. Nr. 31, poz. 275). Izba Krakowska: 1) Dr. Budzyński Bolesław, 2) Dr. Haber Maurycy, 3) Dr. Stryjeński Władysław, 4) Dr. Wróblewski Wincenty, 5) Prof. Dr. Zieliński Marcin. — Izba Lubelska: 6) Dr. Modrzewski Jan, 7) Dr. Lipiński Włodzimierz, 8) Dr. Sawicki Marjan. — Izba Lwowska: 9) Dr. Falkiewicz Tadeusz, 10) Prof. Dr. Nowicki Witold, 11) Doc. Dr. Ostrowski Stanisław, 12) Dr. Salpeter Michał, 13) Dr. Węgrzynowski Lesław. — Izba Łódzka: 14) Dr. Tomaszewski Antoni, 15) Dr. Skusiewicz Feliks, 16) Dr. Szykier Leon. — Izba Poznańsko-Pomorska: 17) Prof. Dr. Gantkowski Paweł, 18) Dr. Konkiewicz Roman, 19) Dr. Wiecki Czesław, 20) Dr. Wieleński Bolesław. — Izba Lekarska Śląska: 21) vacat, 22) vacat. — Izba Warszawsko-Białostocka: 23) Dr. Chodakowski Gustaw, 24) Dr. Deresz Stanisław, 25) Dr. Huszcza Adam, 26) Doc. Dr. Kapuściński Stanisław, 27) Dr. Kołłątaj-Srzednicki Jan, 28) Dr. Metelski Norbert, 29) Prof. Dr. Michałowicz Mieczysław, 30) Dr. Milejkowski Izrael, 31) Prof. Dr. Szenajch Władysław. — Izba Wileńsko-Nowogrodzka: 32) vacat, 33) vacat. — Po odczytaniu protokółu z poprzedniego posiedzenia Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 22 kwietnia 1934, sprawozdań z działalności Zarządu i Sądu, na wniosek Komisji Rewizyjnej udzielono ustępującemu Zarządowi absolutorium. I. Zatwierdzono budżet Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 1935, ustalając wysokość składki od 1 przedstawiciela na 1.100 zł. II. W myśl art. 18 pkt. 5 ustawy o izbach lekarskich uchwalono zasady deontologji lekarskiej (Kodeks deontologiczny). III. Przyjęto nowy regulamin Naczelnej Izby Lekarskiej. VI. Dokonano wyborów do władz Kadencji V (1935—1939). Wybrani zostali na członków Zarządu: Prof. Michałowicz Mieczysław (Warszawa) — prezes, Prof. Nowicki Witold (Lwów), Dr. Stryjeński Władysław (Kraków), Prof. Szenajch Władysław (Warszawa) — wiceprezesi, Dr. Huszcza Adam (Warszawa) — sekretarz, Doc. Dr. Kapuściński Stanisław (Warszawa) — skarbnik, Dr. Milejkowski Izrael (Warszawa), Dr. Modrzewski Jan (Lublin), Dr. Konkiewicz Roman (Poznań), Dr. Tomaszewski Antoni (Łódź) — członkowie. Na zastępców członków Zarządu: Dr. Falkiewicz Tadeusz (Lwów), Dr. Budzyński Bolesław (Sosnowiec), Dr. Sawicki Marjan (Brześć n/B.), Dr. Szykier Leon (Łódź), Prof. Dr. Gantkowski Paweł (Poznań), Dr. Kaszubski Tadeusz (Warszawa), Dr. Wowkonowicz Marjan (Warszawa), Dr. Szwarc Adolf (Warszawa), Dr. Rytel Aleksander (Warszawa), Dr. Piasecki Witold (Włocławek). Do Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej: Dr. Alkiewicz Tadeusz (Poznań), Dr. Drożdż Wacław (Lublin), Dr. Misjon Bolesław (Łódź), Dr. Popowski Stanisław (Warszawa), Dr. Rudzki Stefan (Warszawa), Dr. Węgrzynowski Lesław (Lwów), Prof. Zieliński Marcin (Kraków). Wilno i Śląsk vacat. Do Komisji Rewizyjnej: Prof. Orłowski Witold (Warszawa), Prof. Wajgiel Eugenjusz (Warszawa), Dr. Mutermilch Stanisław (Warszawa), Dr. Róbin Wilhelm (Warszawa), Dr. Knichowiecki Bronisław (Łódź). Na zastępców: Dr. Okólski Konrad, Dr. Nowakowski Brunon, Dr. Blay Jerzy (Warszawa). V. W sprawie instytucyj ubezpieczeniowych przy Izbach Lekarskich uchwalono: „Zainteresowane Izby okręgowe nadeślą w terminie jaknajrychlejszym, wyznaczonemu przez Izbę Lekarską Naczelną referentowi, projekty statutów instytucyj ubezpieczeniowych oraz dane liczbowe członków tych instytucyj według wieku na dzień 1 czerwca 1935 r. Po otrzymaniu odpowiedzi od Izb, Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zwoła zebranie delegatów zainteresowanych Izb celem szczegółowego omówienia spraw ubezpieczeniowych". VI. W sprawie „wytycznych do umów z lekarzami" postanowiono: „Naczelna izba Lekarska ustala prekluzyjny termin zawarcia nowych „wytycznych" w ciągu trzech miesięcy. O ile w tym okresie nie nastąpi obustronne uzgodnienie, Naczelna Izba Lekarska wycofuje się z pertraktacyj". Po zakończeniu obrad wyrażono podziękowanie b. Prezesowi N. I. L. Dr. Witoldowi Chodźce oraz ustępującemu Zarządowi.

Zakłady Lecznicze „Czarniecka Góra". Dnia 6 czerwca b. r. została zawarta w Warszawie u rejenta Sleszyńskiego spółka z o. o. pod firmą Zakłady Lecznicze „Czarniecka Góra", w dwa dni zaś potem spółka ta mocą aktu rejentalnego u rejenta Roguskiego w Radomiu nabyła od Banku Ludowego w Końskich Zakład Leczniczy w Czarnieckiej Górze. Zakład jest obecnie całkowicie odnawiany z tą myślą, aby pensjonat wraz z działem leczniczym był gotów na przyjęcie gości w dniach najbliższych. Czarniecka Góra rozrzucona wśród rozległych lasów na północnych zboczach Gór Świętokrzyskich, ma stację kolejową na miejscu. W 28-morgowym pięknym parku zakładowym mieści się 46-pokojowy dom zdrojowy, urządzony nowocześnie — obok 5 will drewnianych — i zakład przyrodoleczniczy z kąpielami słonecznemi. Na terenie zakładu znajduje się źródło wody leczniczej — hipotonicznej, rzeka, plaża, kort tenisowy, siatkówka, kajaki, kąpiel rzeczna, kącik bridżowy, jadalnia zewnętrzna dla turystów i samochód wycieczkowy dla gości. Wszystkie te dane stwarzają idealne możliwości nietylko odpoczynku dla naszej inteligencji, lecz także przeprowadzenie kuracji w ciągu całego roku. Spółkę stworzyła grupa inteligencji zawodowej, lekarze, aptekarze, inżynierowie i t. p. Prezydjum, Radę Nadzorczą stanowią: Dr. Dydyński — prezes, mag. W. Filipowicz — wice-prezes, Dr. Z. Kozłowski — sekretarz i członkowie: Dr. Lamentowski, Dr. Stan. Makowski, mag. J. Podbielski i Inspektor Farm. W. Wagner. Zarząd Spółki tworzą: Dr. Le Brun, mag. F. Herod i Dr. J. Załuska, która jest równocześnie dyrektorem zakładu. Zarząd rozporządza jeszcze niewielką ilością udziałów (po 500 zł). Wszelkich informacyj zarówno w sprawie nabycia udziałów, jak również pobytu w Czarnieckiej Górze udziela biuro Zarządu w Warszawie, ul. Pierackiego 14, tel. 690-42 w godzinach od 9—3 i od 17—19.

Polski Komitet Medycyny Pracy organizuje wycieczkę lekarzy i ich rodzin do Brukseli na Międzynarodowy Kongres Medycyny Pracy. Wycieczka będzie trwała 10 dni od 20—31 lipca b. r. Koszta całkowite wraz z paszportem (zbiorowym), przejazdem II klasą pociągu pośp., hotelem, utrzymaniem, zwiedzeniem Wystawy Światowej i t. p. wyniosą 450 zł od osoby, przy zebraniu grupy conajmniej 25 osób. Zgłoszenia należy kierować do dnia 10 lipca b. r. do Polskiego Komitetu Medycyny Pracy, Warszawa, ul. Chocimska 24 (Państwowa Szkoła Higjeny).

Redakcja otrzymała:

J. Marzyński: Z działalności Instytutu leczenia radem Łódzkiego Tow. Zwalczania raka w latach 1927—1933. Odbitka z „Nowotworów". Nr. 1—4. T. IX.

Łódzkie Towarzystwo Zwalczania Raka. Sprawozdanie z działalności za okres od 1. I. 1934 do 31. XII. 1934.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—

zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.